



Facultad de Psicología

Trabajo de Fin de Máster

**Trastornos de la conducta alimentaria y transdiagnóstico:
revisión sistemática y propuesta de intervención**

Autora: Tania Lema López

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Marzo, 2017

Trabajo de Fin de Máster presentado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela para la obtención del título de Máster en Psicología General Sanitaria



Facultad de Psicología

Trabajo de Fin de Máster

**Trastornos de la conducta alimentaria y transdiagnóstico:
revisión sistemática y propuesta de intervención**

Autora: Tania Lema López

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Marzo, 2017

Trabajo de Fin de Máster presentado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela para la obtención del título de Máster en Psicología General Sanitaria

Índice

Resumen	3
Abstract	4
1. Introducción	5
1.1. Características clínicas de los trastornos de la conducta alimentaria	6
1.2. Tratamientos psicológicos para los trastornos de la conducta alimentaria.....	7
1.3. Aportaciones del enfoque transdiagnóstico al tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria	12
2. Metodología	16
3. Resultados.....	19
3.1. Procesos transdiagnósticos en los TCA.....	19
3.2. Validez de la teoría transdiagnóstica para explicar la psicopatología alimentaria	29
3.3. TCC-Mejorada.....	32
3.4. Discusión	37
3.5. Conclusiones.....	41
4. Protocolo de intervención	43
5. Limitaciones y directrices futuras de investigación.....	55
6. Referencias bibliográficas.....	56
Anexos	65
1. Índice de figuras.....	66
2. Índice de tablas	68

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) suponen un importante problema clínico y social, dadas sus graves consecuencias físicas y psicológicas que los sitúan como el tercer trastorno más frecuente entre las adolescentes y jóvenes adultas en los países desarrollados. La eficacia limitada del tratamiento cognitivo-conductual (TCC), terapia de elección para estos pacientes, especialmente en los casos de bulimia nerviosa, ha impulsado la búsqueda de nuevas alternativas de intervención. A este respecto, destaca el enfoque transdiagnóstico, formulado por Fairburn, Cooper y Shafran en el 2003, que propone la reformulación de la TCC incluyendo la existencia de cuatro mecanismos comunes de mantenimiento en los TCA. En este trabajo se presenta una revisión sistemática del modelo transdiagnóstico, en sus vertientes teórica y aplicada, y se describe una propuesta de intervención que trata de paliar las carencias encontradas en el protocolo del transdiagnóstico.

Palabras clave:

Transdiagnóstico; Trastornos de la conducta alimentaria; Perfeccionismo; Baja autoestima; Intolerancia emocional; Dificultades interpersonales

Abstract

Eating disorders (ED) are an important clinical and social problem, because of their serious physical and psychological consequences that make them the third most frequent disorder among adolescents and young adult in developed countries. The limited effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT), the chosen one for these kind of patients, especially in bulimia nervosa cases, has propelled the searching of new intervention alternatives. In this regard, stands out the transdiagnostic approach formulated by Fairburn, Cooper and Shafran in 2003, which proposes the reform of CBT, including the existence of four common mechanisms of maintenance in ED.

This paper presents a systematic review of the transdiagnostic model, both in its theoretical and applied variants, and describes a proposal of intervention that tries to palliate the deficiencies found in the transdiagnostic protocol.

Key words:

Transdiagnostic; Eating disorders; Perfectionism; Low self-esteem; Mood intolerance; Interpersonal difficulties

1. Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un problema clínico importante en los países desarrollados, debido a las severas consecuencias psicológicas y físicas que ocasionan, comúnmente agravadas por altas tasas de comorbilidad psiquiátrica y morbilidad médica que pueden, incluso, causar la muerte (Smink, van Hoeken y Hoek, 2012; Stice, Ng y Shaw, 2010). Su curso está caracterizado por remisiones y recaídas que, en una proporción significativa de pacientes, suele responder desfavorablemente al tratamiento (Hart, Granillo, Jorm y Paxton, 2011; Swift y Greenberg, 2012), convirtiéndose en un trastorno crónico que ocupa el tercer lugar entre las adolescentes y jóvenes adultas en las sociedades desarrolladas (Abebe, Lien y von Soest, 2012).

Pese a que actualmente existen tratamientos psicológicos que cuentan con respaldo empírico y aparecen en los listados de tratamientos bien establecidos de la APA (2000) y del NICE (2004), todavía, aproximadamente, la mitad de los pacientes no se benefician parcial o totalmente de estas intervenciones (Fairburn y Harrison, 2003). Uno de los abordajes terapéuticos que ha demostrado ser más eficaz, particularmente para la bulimia nerviosa (BN), es el tratamiento cognitivo-conductual (TCC) diseñado por Fairburn a mediados de los 80 (NICE, 2004; Wilson y Shafran, 2005). Sin embargo, aunque es el tratamiento de elección los resultados son insatisfactorios (Celis y Roca, 2011; Fairburn, Cooper y Shafran, 2003; Fairburn y Harrison, 2003). Esta limitación llevó a sus autores a reformular el protocolo inicial incluyendo en el abordaje terapéutico nuevos mecanismos comunes a todos los TCA (Tasca et al., 2011). El nuevo enfoque recibe el nombre de Teoría Transdiagnóstica y está especialmente indicado en aquellos casos que no responden al tratamiento original (Fairburn y Harrison, 2003).

El objetivo del presente trabajo es doble. En primer lugar, después de una breve descripción de los cuadros clínicos de los TCA y de las características del enfoque transdiagnóstico, se realizará una revisión sistemática de los tratamientos psicológicos para estos trastornos, poniendo un especial énfasis en las aportaciones del transdiagnóstico y, en segundo lugar, se presentará una propuesta de intervención que trate de paliar algunas de las carencias y limitaciones encontradas en el protocolo del transdiagnóstico.

1.1. Características clínicas de los trastornos de la conducta alimentaria

Los TCA agrupan un conjunto de alteraciones caracterizadas por comportamientos, creencias y emociones anómalas referidas a la alimentación, el peso, y la silueta que pueden perjudicar significativamente la salud y el funcionamiento psicosocial de la persona (Fairburn y Harrison, 2003). Se trata de alteraciones graves y persistentes de la conducta alimentaria debidas a los intentos repetidos de controlar la ingesta alimentaria y el peso corporal, que dan como resultado un severo deterioro a nivel físico, psicológico y social (Murphy, Straebl, Cooper y Fairburn, 2010). Las consecuencias orgánicas que los acompañan, los estados de inanición característicos de alguno de ellos, y el suicidio son responsables de que los TCA tengan una de las tasas de mortalidad más elevadas de todos los trastornos psicológicos (Birmingham, Su, Hlynsky, Goldner y Gao, 2005).

En la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, APA, 2013), se agrupan bajo el mismo epígrafe los TCA y los trastornos de la ingestión de alimentos. Los TCA, objetivo de este trabajo, son: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracón (TpA) y trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE).

De acuerdo con el DSM-5, en la AN se produce una restricción de la ingesta de alimentos, según las necesidades de la persona, lo cual genera un peso corporal significativamente bajo. Dicha restricción responde al temor intenso a ganar peso o es debida a conductas persistentes que interfieren con el aumento de éste. A su vez, la persona presenta alteraciones en la forma en la que percibe su propio peso, su autoevaluación está especialmente influenciada por el peso, o bien no reconoce la gravedad de su bajo peso corporal. En función de si existen, o no, atracones y/o purgas, el DSM-5 diferencia dos subtipos de AN: restrictivo y con atracones/purgas. La gravedad del cuadro se establece en función del Índice de Masa Corporal (IMC) (APA, 2013).

La BN es un trastorno en el que se producen episodios recurrentes de atracones, caracterizados por la ingesta de gran cantidad de alimentos en un periodo de tiempo concreto y por la sensación de falta de control sobre lo que se ingiere, seguidos de conductas compensatorias encaminadas a evitar el incremento de peso (vómito, uso de laxantes, diuréticos, ayuno o ejercicio excesivo). Dichos episodios de atracones y purgas ocurren, al menos, una vez por semana a lo largo de tres meses y, al igual que en la AN, la autoevaluación está excesivamente influida por el peso. La frecuencia semanal de los atracones y las purgas permite determinar la gravedad de la alteración (APA, 2013).

El TpA se caracteriza por la ocurrencia de episodios recurrentes de atracones, asociados a tres o más hechos, tales como una ingesta más rápida de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente lleno, ingesta de grandes cantidades de comida sin hambre, comer a solas por la vergüenza que produce lo mucho que se come y/o sentimientos de disgusto hacia uno mismo, culpabilidad o depresión tras el atracón. La persona experimenta malestar intenso respecto a estos atracones, que se producen de promedio al menos una vez a la semana. A diferencia de la BN, en el TpA no se llevan a cabo conductas compensatorias. La gravedad de la alteración se establece en función de la frecuencia semanal de los atracones (APA, 2013).

Tradicionalmente, la AN y la BN han sido las entidades diagnósticas que más atención han recibido, a pesar de que los TCANE son los TCA que más diagnosticados en la práctica clínica (Fairburn y Bohn, 2005). Los TCANE son trastornos de curso crónico, con una duración media de ocho años, que comparten características psicopatológicas con la AN y la BN y tienen una gravedad similar; además, cursan con altas tasas de comorbilidad psiquiátrica (Fairburn et al., 2007).

Varios autores han defendido la concepción de los TCA como un continuo de gravedad, de modo que, en uno de los extremos se situaría la AN restrictiva, seguida de la AN con atracones/purgas, la BN, el TpA y, en el extremo opuesto, la obesidad (Perpiñá, 2008). También se han señalado algunas comunalidades entre AN, BN y TCANE, pues todos se caracterizan por una preocupación extrema en torno al peso y por la idea sobrevalorada de delgadez. Estas preocupaciones suelen comenzar en la adolescencia temprana-media como una AN de tipo restrictivo, van evolucionando hacia una AN purgativa y frecuentemente terminan adoptando la forma de una BN en los inicios de la edad adulta (Allan y Goss, 2014; Fairburn et al., 2003).

1.2. Tratamientos psicológicos para los trastornos de la conducta alimentaria

En las últimas décadas ha habido un avance importante en el tratamiento de los TCA; no obstante, todavía existe un porcentaje considerable de pacientes que no se benefician del tratamiento o recaen durante el seguimiento (Saldaña, 2005).

La práctica de la psicología basada en la evidencia integra la información de la investigación básica y aplicada, con el objetivo de utilizar la mejor certeza empírica disponible, para asegurar una mayor probabilidad de eficacia al elegir un tratamiento bien establecido, que ha obtenido resultados positivos en controles experimentales (Morian y

Martínez, 2011). La APA (2000), a través de un panel de expertos, clasifica los tratamientos psicológicos en tres categorías: bien establecidos (recomendados con confianza clínica considerable), probablemente eficaces (recomendados con confianza clínica moderada) y en fase experimental (pueden ser recomendados en función de las circunstancias individuales). Aunque las recomendaciones de este Comité están frecuentemente respaldadas por la experiencia clínica más que por datos de la investigación, se recogen únicamente las recomendaciones avaladas por la investigación y la práctica clínica, según la selección realizada por Saldaña (2005).

a) Anorexia Nerviosa

La investigación de los tratamientos para la AN todavía no ha aclarado cuál es el óptimo. Este inconveniente obedece, en parte, a la escasez de estudios controlados y a la dificultad de acreditar la eficacia de cualquier tratamiento en este ámbito. Entre los obstáculos que frenan esta progresión sobresalen: ausencia de grupos control; muestras reducidas; falta de consenso respecto a los criterios para definir y valorar la recuperación; amplia variedad de tratamientos seguidos (hospitalario, ambulatorio y en hospital de día), que no permite el análisis aislado de cada modalidad. Además, cabe señalar, que la investigación en el ámbito infanto-juvenil es aún más escasa y se tiende a extrapolar a esta franja de edad las conclusiones extraídas de los estudios con adultos (Garner y Barry, 2001).

La Rehabilitación Nutricional (RN) es el tratamiento mejor indicado para la AN. Un programa de RN tiene como objetivos restablecer el peso, normalizar los patrones alimentarios, regular las señales de hambre y saciedad, y corregir las secuelas de la malnutrición (Saldaña, 2005). Los aspectos dietético-nutricionales incluyen un plan dietético personalizado que permita la normalización ponderal, la corrección de conductas alimentarias anómalas, la educación nutricional y la intervención sobre preocupaciones relacionadas con la ganancia de peso (Jáuregui-Lobera y Bolaños-Ríos, 2012)

Los tratamientos considerados probablemente eficaces son: los programas conductuales, cuyo objetivo es recuperar el peso y eliminar los temores relacionados; la terapia cognitiva, que interviene sobre los pensamientos irracionales; la terapia cognitivo-conductual (TCC), centrada en las creencias y conductas desadaptativas; y la terapia interpersonal (TIP), focalizada en las dificultades interpersonales (Díaz, 2012; Kass, Kolko y Wifley, 2013). Dado que todavía no existen estudios controlados que muestren la efectividad para la recuperación nutricional de la TCC y de otras intervenciones psicológicas

administradas individualmente, se pueden considerar, junto con la terapia farmacológica, tratamientos en fase experimental (Saldaña, 2005).

Es importante destacar que la familia desempeña un papel fundamental en la recuperación de la AN, especialmente en el ámbito infanto-juvenil, por ello es conveniente añadir la Terapia Familiar (FBT) (Hurst, Read y Holtham, 2015). Aunque no se dispone de ensayos controlados con muestras amplias que permitan determinar si la FBT es superior a otras modalidades terapéuticas (Díaz, 2012).

b) Bulimia Nerviosa

En la BN, a diferencia de lo que ocurre con la AN, existe evidencia que apoya la eficacia de la TCC para el tratamiento de este trastorno frente a otras terapias.

La TCC se basa en el modelo de mantenimiento de la BN, que propone que la presión social hacia la delgadez impacta sobre algunas personas, principalmente las que tienen baja autoestima y sobrevaloran la estética, llevándolas a someterse a dietas restrictivas para alcanzar su ideal de belleza. La TCC ha mostrado ser superior al no tratamiento, las intervenciones mínimas, el *counseling* nutricional, las terapias no directivas, las listas de espera y varias formas de terapia psicodinámica. Produce mejorías en los atracones, las purgas, las restricciones dietéticas y la sobrevaloración de la figura y el peso (Díaz, 2012). El programa cognitivo-conductual que goza de mayor crédito es el de Fairburn, Marcus y Wilson (1993), del que se ha publicado un manual que se emplea como guía de la terapia. Generalmente, este programa se implementa en formato individual y dura alrededor de cinco meses.

Los tratamientos probablemente eficaces son la TIP y el tratamiento farmacológico. Aunque todavía son escasos los estudios de comparación entre la TIP y la TCC, la eficacia a largo plazo es semejante entre ambas. Las terapias farmacológicas más empleadas son los antidepresivos, que reducen los atracones a corto plazo, pero sus efectos son inferiores a los logrados con la TCC y, además, su retirada produce altas tasas de recaídas (Murphy, Straebl, Basden, Cooper y Fairburn, 2012).

Los tratamientos en fase experimental incluyen: manuales de autoayuda; programas psicoeducativos grupales breves; versiones abreviadas de la TCC administradas por no profesionales; y exposición con prevención de respuesta, sola o acompañada de pautas conductuales para modificar hábitos alimentarios (Saldaña, 2005).

En lo que se refiere al ámbito infanto-juvenil, existen pocos estudios controlados, dada su baja prevalencia, por ello se tiende a emplear los mismos tratamientos que para los

adultos. Algunos autores defienden la utilidad de la FBT en esta etapa (Peterson, Becker, Treasure, Shafran y Bryant-Waugh, 2016).

c) Trastorno por atracón

Dado que hasta la publicación del DSM-5 en el 2013, el TpA era considerado un TCANE, apenas existen estudios controlados sobre su tratamiento.

Respecto a los tratamientos bien establecidos, el procedimiento más eficaz consiste en combinar la TCC con estrategias conductuales para perder peso. La TCC permite reducir la frecuencia de los atracones y sus efectos se mantienen en los seguimientos (NICE, 2004)

Los procedimientos de auto-ayuda cognitivo-conductuales sin contacto terapéutico o con un contacto mínimo son tratamientos probablemente eficaces, ya que reducen algunos síntomas del TpA a corto plazo y podrían ser útiles como el primer paso del tratamiento; no obstante, no está claro si la orientación es necesaria, cuánto tiempo se precisa y quién debe proporcionarla (NICE, 2004).

Por último, la TIP y la terapia farmacológica se consideran tratamientos en fase experimental (Saldaña, 2005).

Como ya se ha señalado, a pesar de que la TCC es un tratamiento bien establecido para la BN, no es lo suficientemente efectivo, puesto que sólo la mitad de los pacientes presentan una respuesta plena y duradera (Celis y Roca, 2011; Fairburn et al., 2003; Fairburn y Harrison, 2003). La necesidad de buscar nuevos protocolos de intervención que incrementen las tasas de recuperación de estos pacientes ha llevado a Fairburn y colaboradores a proponer un nuevo abordaje teórico con su correspondiente protocolo de tratamiento para los TCA, denominado: Transdiagnóstico. Antes de describir las características y aportaciones de este modelo, indicaremos brevemente las razones que llevaron a su nacimiento.

En las últimas décadas, la clara hegemonía del modelo categorial sobre el dimensional en psicopatología y en psicología clínica ha facilitado la consolidación del enfoque centrado en trastornos específicos (Sandín, 2014). Uno de los objetivos de la tercera edición del DSM (APA, 1980) era dotar a la psiquiatría de un estatus científico similar al de otras especialidades médicas, de ahí que se apostase por la especificidad característica del diagnóstico psiquiátrico (Belloch, 2012; Cova y Rincón, 2010).

El éxito del modelo categorial se asienta en que facilita la comunicación, permite crear diseños de investigación, unifica la psicopatología, facilita las cuestiones

administrativas, constituye un estándar de referencia entre los clínicos, y ha permitido importantes desarrollos sobre trastornos concretos (Belloch, 2012; Lemos, 2008). Sin embargo, también presenta varias desventajas:

- a) es cuestionable la validez de algunas categorías diagnósticas y la capacidad del modelo para discriminar entre normalidad y patología (Belloch, 2012);
- b) no explica los procesos etiológicos subyacentes (Malicki y Ostaszewski, 2014);
- c) no explica la elevada comorbilidad entre trastornos (Belloch, 2012);
- d) incrementa el número de trastornos diagnosticables, en ocasiones, sin suficiente respaldo científico (Sandín, 2014); y
- e) multiplica el número de personas que presentan trastornos, con el riesgo de caer en el “sobrediagnóstico” (Cova y Rincón, 2010).

Por su parte la perspectiva dimensional asume la existencia de un continuo entre normalidad y psicopatología, a lo largo del cual las personas se situarían en función del grado en el que posean el aspecto a evaluar, siendo difícil establecer límites precisos (Belloch, 2012). Así, este enfoque evita la pérdida de información al combinar distintas características clínicas en una única representación multifactorial, facilita la asignación de los casos atípicos, permite apreciar más fácilmente los cambios experimentados por las personas, y evita la interpretación de la normalidad y la psicopatología como compartimentos estancos. No obstante, también adolece de limitaciones; por ejemplo, no existe consenso sobre cuál debe ser el número idóneo de dimensiones para representar los problemas psicológicos (Lemos, 2008; Widakowich, 2012); su uso en los servicios de atención implica la necesidad de aplicar medidas válidas y fiables para la población de referencia de cada paciente; o la conveniencia de establecer puntos de corte a lo largo del continuo dimensional para la toma de decisiones terapéuticas (Hernández-Guzmán, del Palacio, Freyre y Alcázar-Olán 2011).

Los inconvenientes de los sistemas categoriales han suscitado la búsqueda creciente de alternativas que permitan abordar, entre otros, los aspectos comunes a distintos trastornos (Sandín, 2014). En este contexto, el enfoque transdiagnóstico parece para dar respuesta al frecuente problema de la comorbilidad, ya que se articula sobre las dimensiones comunes entre diferentes trastornos, pero sin desatender lo particular, logrando así aunar los enfoques categorial y dimensional (Sandín, Chorot y Valiente, 2012).

1.3. Aportaciones del enfoque transdiagnóstico al tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria

El enfoque transdiagnóstico centra su atención en los mecanismos cognitivos, conductuales y fisiológicos, comunes a distintos trastornos psicológicos, para diseñar tratamientos que apliquen los mismos principios, con independencia del diagnóstico específico (Mansell, Harvey, Watkins y Shafran, 2009; McEvoy, Nathan y Norton, 2009). Cabe señalar que, aunque su objetivo principal es identificar los mecanismos comunes, esto no implica que dichos mecanismos operen necesariamente en todos los pacientes (Lampard, Tasca, Balfour y Bissada, 2013).

Antes de exponer las aportaciones específicas del enfoque transdiagnóstico en el ámbito de los TCA, presentaremos brevemente sus ventajas y limitaciones.

Como se ha mencionado, las altas tasas de comorbilidad en salud mental son una de las principales limitaciones del enfoque categorial (Belloch, 2012; Egan, Wade y Shafran, 2012) y pueden obedecer a errores de diagnóstico, problemas para asignar trastornos a categorías diagnósticas, características y síntomas comunes a distintos trastornos, y posibilidad de que algunos trastornos sean secundarios a otros principales.

A lo anterior se suma la dificultad de seleccionar un tratamiento adecuado para personas que presentan varios diagnósticos, debido a que gran parte de las terapias existentes se dirigen cuadros concretos; sin embargo, algunos autores enfatizan el hecho de que distintas terapias, con diferentes bases teóricas, obtienen resultados similares, lo cual podría indicar que la eficacia de estas aproximaciones se debe a la existencia de procesos comunes (Malicki y Ostaszewski, 2014).

Los protocolos transdiagnósticos facilitan la comprensión y abordaje de la comorbilidad, ya que se diseñan para ser efectivos en el tratamiento de diferentes trastornos y gozan de otras ventajas (Egan et al., 2012; Mansell et al., 2009; McEvoy et al., 2009), como:

- 1) Mejorar el diagnóstico individual, pues posibilitan determinar el grado en el que se posee un síntoma o conjunto de síntomas.
- 2) Minimizar el estigma asociado a determinados diagnósticos psiquiátricos.
- 3) Simplificar la comunicación entre profesionales.
- 4) Integrar la psicopatología en modelos de redes, que postulan que la mayoría de las alteraciones son sistémicas, es decir, afectan a muchos órganos y funciones de maneras diferentes.

- 5) Flexibilizar la planificación del tratamiento, mediante protocolos “ad hoc”.
- 6) Posibilitar el diseño de estrategias transdiagnósticas, que facilitan la diseminación de protocolos eficaces y reducen costes, y tiempos de espera para el tratamiento.
- 7) Ayudar a reducir las tasas de recaídas.

De acuerdo con Belloch (2012), las principales limitaciones del transdiagnóstico se refieren al riesgo de traducir un conjunto de síntomas a una serie de dimensiones, complicando la práctica clínica y la investigación; la ausencia de consenso sobre el número mínimo de dimensiones necesarias para describir un trastorno; la necesidad de establecer puntos de corte clínicamente significativos; la necesidad de demostrar empíricamente que tienen igual o superior eficacia que los tratamientos centrados en trastornos específicos; y el riesgo de reducir la calidad de los tratamientos, tomando como excusa el hecho de que el transdiagnóstico probablemente facilite la diseminación y el acceso a los tratamientos.

En opinión de Mansell et al. (2009) este enfoque todavía tiene que explicar por qué distintos trastornos se presentan con una forma tan diferente si comparten los mismos procesos psicopatológicos.

A continuación, después de exponer brevemente el contexto que propició la aparición del transdiagnóstico y las bases que lo sustentan, describimos los aspectos característicos en el ámbito de los TCA.

El primer tratamiento que ha ofrecido resultados positivos en el campo de los TCA fue la terapia cognitivo-conductual para la BN (TCC-BN), propuesta por Fairburn en 1985 (Celis y Roca, 2011). De acuerdo con Fairburn et al. (2003), la TCC-BN propone la existencia de un sistema de evaluación disfuncional, en el que la persona se juzga a sí misma en función de su figura, su peso y su habilidad para controlarlos. La sobrevaloración de la alimentación, la figura y el peso dan lugar al “núcleo psicopatológico” de los TCA, del cual se derivan otras características clínicas, como: preocupaciones sobre la comida, reglas dietéticas estrictas, conductas de comprobación corporal y de control del peso o conductas evitativas. La única particularidad clínica que no es expresión directa del núcleo psicopatológico es el atracón, que surge como consecuencia de las dietas extremas a las que se someten algunos pacientes. De modo que, cuando fracasan en el cumplimiento de sus reglas dietéticas con episodios de atracones, lo interpretan como una evidencia del poco control sobre su ingesta y su peso, lo que refuerza su conducta de hacer dieta y su idea sobrevalorada de la necesidad de mantener un determinado peso, dando lugar a un círculo

vicioso que tiende a autoperpetuarse. A su vez, los atracones suelen producirse como respuesta a cambios anímicos, adquiriendo así una función reguladora, que también contribuye a reforzarlos (Fairburn et al., 2003).

La TCC-BN no se dirige directamente a los episodios de atracones, principal queja de estos pacientes, sino que interviene sobre las dietas, las conductas compensatorias y el núcleo psicopatológico. La TCC-BN es un tratamiento estructurado en 15-20 sesiones, distribuidas a lo largo de tres etapas y, aunque se considera el tratamiento de elección para estos pacientes, su eficacia no es satisfactoria (Celis y Roca, 2011; Fairburn et al., 2003; Fairburn y Harrison, 2003). Este panorama llevó a Fairburn et al. (2003) a reformular la TCC-BN, dando lugar así a la teoría transdiagnóstica, según la cual los distintos TCA comparten el mismo núcleo psicopatológico y características clínicas (restricciones dietéticas, atracones, purgas, etc.), y su principal diferencia se refiere al grado de control que los pacientes tienen sobre la ingesta y sus consecuencias sobre el peso corporal: en la AN la infra-alimentación se refleja en un bajo peso, en la BN la sobre-alimentación y las prácticas compensatorias resultan en un peso que se encuentra dentro de la normalidad, y en el TpA la realización de los atracones en ausencia de prácticas compensatorias se traduce frecuentemente en sobrepeso. Lo mismo podría decirse para los TCANE, pues son categorías residuales altamente similares a la AN, la BN y/o el TpA.

Desde una perspectiva longitudinal, las comunalidades entre diagnósticos se reflejan en la frecuente migración de diagnósticos: los TCA suelen comenzar en la adolescencia media bajo la forma de una AN de tipo restrictivo y, con el paso del tiempo, se produce una transición hacia una AN de tipo purgativo, que, al final de la adolescencia o al principio de la adultez suele evolucionar hacia una BN o un TpA (Fairburn, Cooper, Shafran y Wilson, 2008). Tomando como base los procesos psicopatológicos comunes y la migración de diagnósticos, la propuesta transdiagnóstica sugiere que en algunos pacientes, principalmente en aquellos que no responden a la TCC-BN, operan uno o más de los siguientes mecanismos de mantenimiento: perfeccionismo clínico, baja autoestima, intolerancia emocional y dificultades interpersonales. Estos mecanismos interactúan con el núcleo psicopatológico, obstaculizando el cambio y, aunque difieren a nivel individual, no así a nivel diagnóstico (Lampard et al., 2013). En la figura 1 se presenta un esquema de la formulación transdiagnóstica.

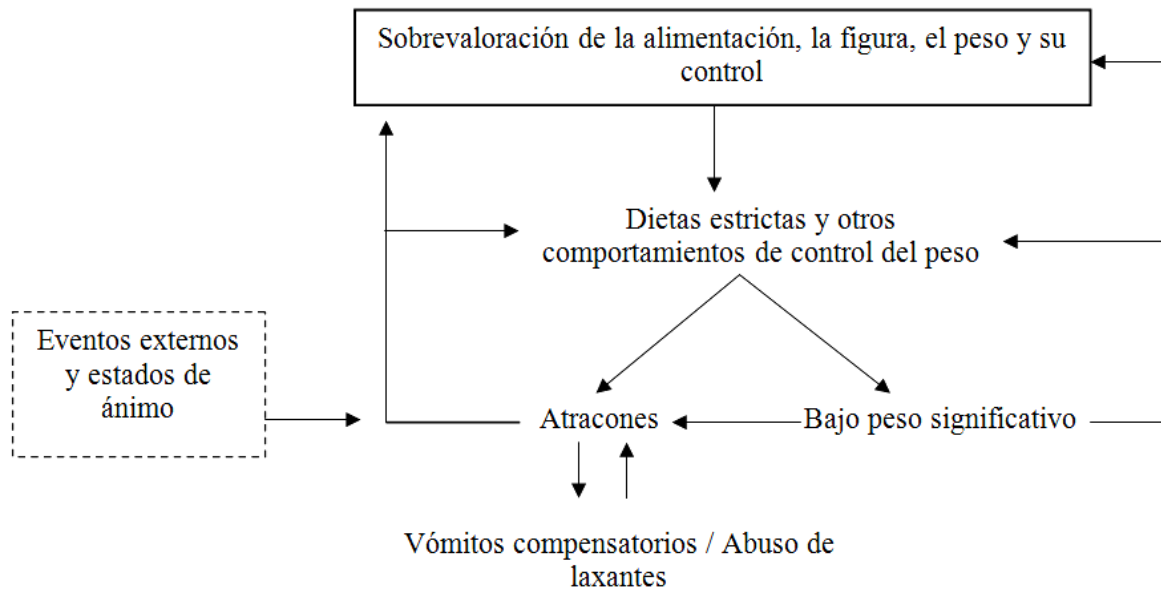


Figura 1. Modelo cognitivo-conductual Transdiagnóstico (tomado de Fairburn et al., 2008).

La vertiente aplicada del transdiagnóstico ha recibido el nombre de TCC-mejorada e implica una reformulación de la TCC original, que es válida para todos los TCA

2. Metodología

Teniendo en cuenta que el objetivo final de la teoría transdiagnóstica sobre los TCA es incrementar la eficacia terapéutica de los tratamientos psicológicos, en este trabajo se lleva a cabo una revisión sistemática de las publicaciones que examinan los resultados del transdiagnóstico desde su creación en el año 2003. Los objetivos de esta revisión son: a) recopilar información relativa al papel que desempeñan los cuatro mecanismos mantenedores en los TCA; b) revisar la literatura existente sobre la capacidad explicativa del modelo transdiagnóstico para dar cuenta del mantenimiento de estos trastornos; y c) examinar la eficacia que viene demostrando este enfoque en el tratamiento de los TCA.

La búsqueda de documentos se efectuó tanto en castellano como en inglés, utilizando las siguientes bases de datos: *PsycInfo*, *Dialnet*, *Pubmed*, *Web of Science* y *Google Scholar* (esta última se empleó para la búsqueda manual de artículos). Las palabras clave fueron: “transdiagnostic” AND “eating disorders”, y “transdiagnostic” OR “eating disorders” en combinación con alguno/s de los siguientes términos: “perfectionism”, “mood intolerance”, “interpersonal problems”, y “low self-esteem”. A partir de esta búsqueda sistemática, se llevó a cabo otra búsqueda manual en los artículos seleccionados, con el fin de rescatar otras publicaciones relevantes para el tema bajo revisión. Los criterios de inclusión utilizados fueron:

- 1) Artículos publicados desde 2003 hasta 2017.
- 2) Publicaciones con texto completo.
- 3) Investigaciones empíricas, estudios de caso y revisiones teóricas sobre el papel de uno o más mecanismos de mantenimiento, y
- 4) Revisiones o investigaciones que ponen a prueba la eficacia de la TCC-mejorada.

Se excluyeron los documentos centrados en el transdiagnóstico en trastornos diferentes a los TCA; los que examinaban mecanismos transdiagnósticos diferentes a los propuestos en el modelo de Fairburn y colaboradores (2003); y aquellos que daban información referente al transdiagnóstico, pero desde el punto de vista genético.

El proceso de búsqueda, según la estructura de las directrices PRISMA (Urrútia y Bonfill, 2010), se detalla en la figura 3. Inicialmente, el número de registros identificados fue de 392, de éstos 372 fueron recabados en las bases de datos *Dialnet*, *PsycInfo*, *Pubmed* y *Web of Science* y los 20 restantes se identificaron en otras fuentes (búsqueda manual a través de *Google Scholar*). De los 392 artículos iniciales, se eliminaron 31 por duplicidad y 274 por

falta de texto completo. Con lo cual, resultaron 87 documentos analizados a texto completo para decidir sobre su elegibilidad; de éstos, se excluyeron 23: ocho examinaban el transdiagnóstico en otros trastornos y cinco presentaban una perspectiva genética. Finalmente se seleccionaron 64 documentos, 21 revisiones sistemáticas y 43 trabajos empíricos.

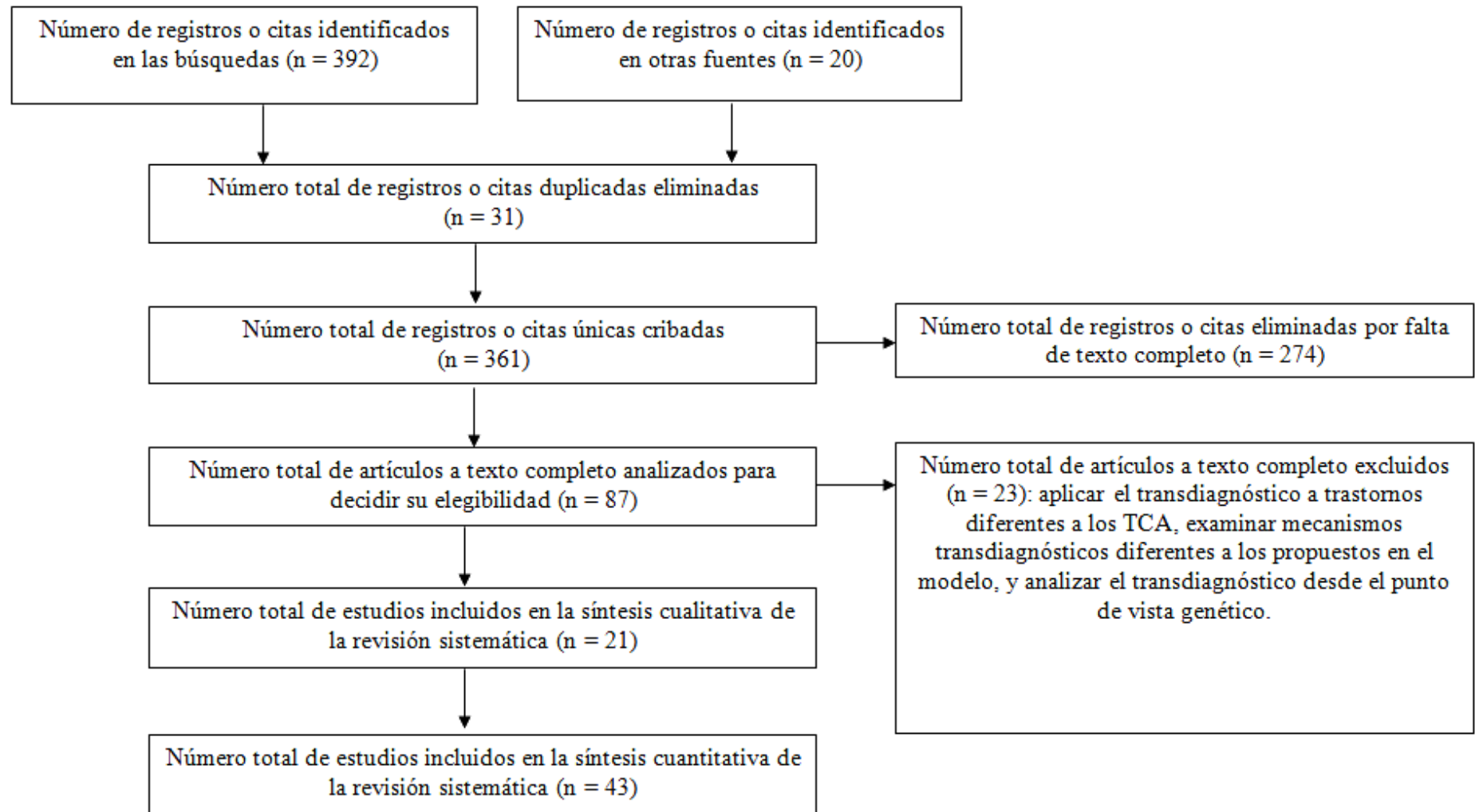


Figura 2. Diagrama de flujo del proceso de búsqueda sistemática

3. Resultados

En este apartado se presentan los resultados siguiendo el orden de los objetivos formulados previamente.

3.1. Procesos transdiagnósticos en los TCA

Un proceso psicopatológico es transdiagnóstico cuando está presente en distintos trastornos y desempeña un papel relevante en su etiología, al contribuir a la génesis y/o al mantenimiento de dichos cuadros (Aldao, 2012; Egan et al., 2012). Si un proceso transdiagnóstico actúa como factor de riesgo y/o de mantenimiento para diferentes trastornos, su manejo tendrá implicaciones relevantes en los tratamientos (Egan et al., 2012).

Fairburn et al., (2003) propusieron la existencia de cuatro mecanismos transdiagnósticos en todos los TCA: perfeccionismo clínico, intolerancia emocional, baja autoestima y dificultades interpersonales.

A continuación se resumen las investigaciones encontradas en relación al papel que desempeña cada uno de estos mecanismos. En la Tabla 1 (Anexos) aparecen recogidas dichas investigaciones. Adicionalmente, se añaden otros dos apartados, en los que se sintetizan los estudios que tratan de más de un mecanismo y los que están focalizados en la alexitimia¹.

a) Perfeccionismo clínico

El término perfeccionismo clínico se emplea para caracterizar a las personas que valoran excesivamente la consecución de estándares personales muy exigentes, lo que les lleva a realizar grandes esfuerzos para lograrlos y a ignorar las consecuencias adversas de este cometido. En el ámbito de los TCA, esta rigidez se asemeja al núcleo psicopatológico, en el sentido de que ambos son sistemas de autoevaluación inflexibles, disfuncionales y dañinos (Fairburn et al., 2003). En este sistema disfuncional la valía de las personas con un TCA depende, en gran medida, de los esfuerzos y la consecución de objetivos, lo que genera un intenso temor a fracasar (miedo a engordar), sesgos atencionales (conteo de calorías) y altos niveles de autocrítica (Celis y Roca, 2011). La preocupación e intolerancia por los errores origina distorsiones cognitivas importantes, que hacen que se interprete cualquier fallo, por pequeño que sea, como un fracaso total, provocando sentimientos de autocrítica e incompetencia (Sassaroli y Ruggiero, 2005).

¹ La inclusión de la alexitimia responde a la alta prevalencia que presenta en los TCA, a su clara implicación en la intolerancia emocional, y a su estrecha relación con el perfeccionismo y la baja autoestima.

Según Egan et al. (2012), el perfeccionismo se puede conceptualizar como una característica de personalidad, un conjunto de características cognitivo-comportamentales, un síntoma psicopatológico o un proceso, y su naturaleza se puede explicar desde un punto de vista unidimensional o multidimensional. Existe acuerdo casi unánime de que la complejidad de este constructo aconseja su abordaje multidimensional (Hewitt y Flett, 1991). En este sentido, uno de los modelos más reconocidos es el propuesto por Hewitt y Flett (1991). Según estos autores, existen tres dimensiones de perfeccionismo: auto-orientado (componente intrapersonal, caracterizado por la alta auto-exigencia y la búsqueda de estándares elevados), orientado a otros (componente interpersonal, caracterizado por la imposición de exigencias y estándares elevados a otros) y prescrito socialmente (componente interpersonal, caracterizado por la creencia de que los demás esperan una ejecución perfecta de nosotros).

El perfeccionismo juega un importante papel tanto como factor de riesgo para el desarrollo de los TCA, como en su mantenimiento, pues los estándares rígidos, exigentes y poco realistas, característicos del perfeccionismo, se trasladan al área de la alimentación, el peso, y su control, contribuyendo a perpetuar la psicopatología (Egan et al., 2012; Franco-Paredes, Mancilla-Díaz, Vázquez-Arévalo, López-Aguilar y Álvarez-Rayón, 2005). Asimismo, se relaciona con un mayor grado de comorbilidad, cronicidad, severidad clínica y recaída (Carretero, Sánchez-Planell, Rusiñol, Raich y Sánchez-Carracedo, 2009).

A continuación se presentan las publicaciones centradas en el perfeccionismo desde el enfoque tridimensional, siguiendo con las que sólo examinan alguna dimensión y, por último, las que estudian otros aspectos, que no se corresponden estrictamente con ninguna de las dimensiones señaladas.

Maia et al. (2009) compararon el nivel de perfeccionismo en pacientes con TCA y trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) con grupos control psiquiátricos (depresión o ansiedad) y no clínicos. En el caso de los pacientes con TCA encontraron que presentaban puntuaciones más elevadas en las tres dimensiones de perfeccionismo (auto-orientado, orientado a otros y prescrito socialmente), en comparación con los grupos control no clínicos. Además, el perfeccionismo prescrito socialmente era significativamente más elevado en los TCA que en los grupos control psiquiátrico.

En cambio, Welch, Miller, Ghaderi y Vaillancourt (2009), trabajando con una muestra de 520 universitarias, hallaron relación significativa entre las actitudes y conductas alimentarias anómalas y las dimensiones de perfeccionismo auto-orientado y prescrito socialmente, pero no con la faceta orientada a otros. Además, mostraron que el

perfeccionismo mediaba parcialmente y moderaba la relación entre insatisfacción corporal y alteraciones alimentarias, pero la fuerza de estas asociaciones dependía del instrumento de perfeccionismo utilizado. En la misma línea, Franco-Paredes et al. (2005) concluyeron que los niveles de perfeccionismo auto-orientado y prescrito socialmente eran mayores en pacientes con TCA en comparación con los controles sanos. Posteriormente, Pamies y Quiles (2014), trabajando con adolescentes de ambos sexos (n=2142), concluyeron que dichas dimensiones se relacionaban con los factores de riesgo de TCA en hombres y mujeres, pero la dimensión auto-orientada era el predictor más potente, reflejando el aspecto más desadaptativo del perfeccionismo. Sin embargo, Lethbridge, Watson, Egan, Street y Nathan (2011) obtuvieron resultados diferentes respecto al perfeccionismo prescrito socialmente, al comparar dos muestras de mujeres: con diagnóstico de TCA (n=238) y de la población general (n=248). La psicopatología alimentaria sólo se relacionaba con el perfeccionismo auto-orientado, mientras que los niveles de perfeccionismo prescrito socialmente resultaron equivalentes.

Dado que el perfeccionismo auto-orientado es el que se ha relacionado de modo más consistente con los TCA, algunas investigaciones se centraron únicamente en esta dimensión. Para estudiar si la auto-imposición de estándares personales elevados se asociaba con las conductas alimentarias disfuncionales Shafran, Lee, Payne y Fairburn (2006) realizaron un experimento asignando aleatoriamente a 41 mujeres sanas a dos condiciones: altos estándares personales (n=18) y bajos estándares personales (n=23). Las participantes de ambas condiciones se comportaron de acuerdo con los estándares asignados: en la condición de bajos estándares siguieron metas poco exigentes, mientras que en la de altos estándares intentaron cumplir estrictamente con sus obligaciones. Tras la manipulación, se comprobó que las participantes de la condición de altos estándares, a diferencia de las que estaban en la de bajos estándares, habían consumido menos alimentos ricos en calorías, hicieron más intentos por restringir la cantidad de alimentos consumidos y sentían más remordimientos tras comer.

La investigación de Joyce, Watson, Egan y Kane (2012), diseñada para determinar el efecto mediador de la sobrevaloración del peso y la figura en la relación entre el perfeccionismo auto-orientado y psicopatología alimentaria en 202 mujeres de la población general, confirmó el papel mediador de esta variable. Los autores concluyeron que las mujeres que se esfuerzan por conseguir objetivos muy exigentes en otras áreas de su vida, aplican este mismo patrón a la esfera estética y son más propensas a establecer objetivos condicionales (considerar que su felicidad depende de alcanzar sus objetivos).

Otros autores analizaron si la relación entre perfeccionismo auto-crítico y psicopatología alimentaria era aplicable a muestras de deportistas y si existían diferencias en función del género. Con este propósito, Shanmugam y Davies (2015), trabajando con un grupo de 192 atletas (108 hombres y 84 mujeres), encontraron que esta faceta del perfeccionismo se relacionaba con la psicopatología alimentaria y que dicha relación únicamente era significativa en el grupo de las mujeres atletas.

Recientemente, Stoeber y Yang (2015) examinaron la relación entre sintomatología alimentaria y un aspecto del perfeccionismo denominado *physical appearance perfectionism*, caracterizado por esfuerzos para alcanzar la perfección en el aspecto físico y por preocupación por la imperfección. Emplearon dos muestras de universitarias de dos contextos culturales diferentes: China (n=71) y Reino Unido (n=393). Los autores hallaron que el perfeccionismo centrado en la apariencia física estaba relacionado con los síntomas de los TCA en ambas muestras y, dado que en estas personas el área relacionada con el aspecto físico dominaba sus vidas, concluyeron destacando la utilidad de disponer de una medida de perfeccionismo centrada en la apariencia física, para diferenciarla de las medidas generales.

b) Baja autoestima

La baja autoestima está presente en un amplio rango de trastornos psiquiátricos, entre los que se incluyen los TCA (Brockmeyer et al., 2012; Silverstone y Salsali, 2003).

Los pacientes con un TCA experimentan frecuentemente sentimientos de ineffectividad personal en distintas áreas de su vida, desde la propia valía hasta la competencia social o la independencia. En los TCA existe relación entre perfeccionismo clínico y baja autoestima: cuando los pacientes no consiguen alcanzar los elevados estándares que se auto-imponen y en los que basan gran parte de su valía personal, su autoestima se ve dañada. Además, la baja autoestima no sólo hace referencia a pensamientos negativos sobre uno mismo derivados de la incapacidad para lograr controlar determinados aspectos (la alimentación, la figura y el peso), sino que va más allá y constituye una autoimagen negativa global como forma de identidad permanente. Esta autovaloración peyorativa, según Fairburn et al. (2003), dificulta el cambio a través de dos vías: a) crea sentimientos de desesperanza acerca de la incapacidad para cambiar y, b) intensifica la persecución de las metas más valoradas, a pesar de que son poco realistas y difíciles o imposibles de alcanzar. Las “frustraciones” en el logro de los objetivos propuestos se generalizan a todos los dominios de la persona y se interpretan como una evidencia de fracaso, lo que perpetúa la autoimagen negativa. Por tanto, la autoestima es una pieza clave en tanto que puede ejercer una influencia decisiva en el tratamiento y en la

recuperación, hasta el punto de que, si la autoestima es baja, los resultados de la terapia serán pobres, mientras que si sus niveles son adecuados, los resultados serán favorables (Fairburn et al., 2003).

Silverstone y Salsali (2003) llevaron a cabo un estudio para determinar la prevalencia y el nivel de autoestima en personas con TCA y otros trastornos psiquiátricos. Los autores confirmaron que la baja autoestima, no sólo estaba más presente en pacientes con TCA, sino también que su nivel era el más bajo de todos los grupos estudiados, incluyendo aquellos con comorbilidad. Añadieron, además, que la baja autoestima podría preceder al inicio y contribuir al desarrollo de la sintomatología alimentaria.

Dadas las altas tasas de recaída de los TCA, algunos autores se han interesado por los factores que pueden predecirla. Con este objetivo, McFarlane, Olmsted y Trottier (2008) obtuvieron cuatro predictores de recaída en una muestra de 85 pacientes con TCA, a saber: 1) menor ingesta calórica diaria; 2) lentitud en la adherencia al plan alimentario durante el tratamiento; 3) presencia de síntomas residuales tras el tratamiento; y 4) autoestima basada en cogniciones desadaptativas referidas al peso. McFarlane et al. (2008) propusieron que tratar de modificar las autoevaluaciones relacionadas con el peso y la figura podría ser beneficioso para prevenir las recaídas tras el tratamiento.

Algunas de las publicaciones aquí revisadas se centraban en un diagnóstico concreto de TCA. Es el caso de Brockmeyer et al. (2013), que realizaron una investigación con mujeres con AN y un grupo control normal para examinar: a) si pacientes con AN en fase aguda y recuperadas compartían los bajos niveles de autoestima en comparación con el grupo control, y b) si el bajo peso corporal se asociaba con mayor autoestima en pacientes con AN aguda frente a los otros dos grupos. Tanto las pacientes en fase aguda como las recuperadas mostraban niveles más bajos de autoestima en comparación con las mujeres sanas. El peso corporal y la autoestima mantenían una relación negativa sólo en el grupo de pacientes con AN aguda, esto es, un bajo peso corporal incrementaba los niveles de autoestima, y viceversa. Por tanto, los resultados de este estudio mostraron que los pacientes con AN se “benefician” del bajo peso en la fase aguda del trastorno, pero tras la recuperación, el peso y la autoestima no se relacionan, a pesar de que los niveles de esta última continúan siendo bajos.

Witkowska (2013) también estudió la autoestima en 30 chicas adolescentes con AN. Su objetivo era determinar la relación entre actitudes parentales y niveles de autoestima en adolescentes con AN, comparadas con un grupo control de 30 adolescentes sanas. También examinó las diferencias entre ambas muestras en la percepción de las actitudes de padres y

madres y la autoestima. Las conclusiones de su estudio revelaron que: 1) mientras que las pacientes del grupo clínico no percibían diferencias sustanciales entre las actitudes de sus progenitores, las del grupo control tenían percepciones diferentes (los padres tenían una mayor actitud de rechazo que las madres); 2) el grupo clínico percibía a las madres como más exigentes y distantes, en comparación con el grupo control, que las calificaban como cariñosas; 3) en el grupo clínico, los padres eran calificados como más “rechazantes”, en comparación con el grupo control, que los encontraba más cariñosos; y 4) en el grupo clínico, la autoestima se relacionaba con las actitudes parentales, de modo que las pacientes que percibían una actitud más cariñosa por parte de sus progenitores presentaban mayor autoestima que las que percibían actitudes de rechazo.

Gran parte de las investigaciones sobre autoestima con muestras no clínicas se realizaron con adolescentes. Es el caso del estudio longitudinal llevado a cabo por Cervera et al. (2003) con el objetivo de examinar el rol del neuroticismo y la baja autoestima en los TCA. Evaluaron inicialmente a 2743 chicas adolescentes y a 2509 a los 18 meses. Los autores concluyeron que ambas variables podrían ser causa y consecuencia de los TCA y formar un círculo vicioso mantenedor del problema.

Moreno y Ortiz (2009) trabajaron con una muestra de 298 adolescentes de ambos sexos, para estudiar el papel de la autoestima, la imagen corporal y diversos factores sociodemográficos en los TCA. En consonancia con la literatura existente, encontraron que las mujeres tenían mayor riesgo de desarrollo de TCA que los varones, aunque ambos se encontraban en una etapa vital en la que la autoevaluación es constante y tanto la baja autoestima como la insatisfacción con la imagen corporal son muy frecuentes. Aquellos con sintomatología alimentaria estaban más insatisfechos con su aspecto físico y tenían más temores a subir de peso, lo que les generaba sentimientos de baja autoestima ligados a la valoración corporal.

Otra investigación, realizada con 1982 chicas adolescentes (Altamirano, Vizmanos y Unikel, 2011), trató de determinar si existían relaciones entre autoestima, insatisfacción corporal e IMC en un continuo que iba desde la normalidad hasta el riesgo de TCA, entendiendo las conductas alimentarias de riesgo (CAR) como comportamientos similares a los presentes en los TCA, pero con menor frecuencia e intensidad. Sus hallazgos demostraron que tanto la insatisfacción corporal como la autoestima contribuían a la varianza de las CAR y la interacción entre ambas incrementaba la fuerza con la que el IMC afectaba a estas conductas de riesgo.

c) Relación entre perfeccionismo y baja autoestima

De los cuatro procesos transdiagnósticos, los que más atención han recibido históricamente son la baja autoestima y el perfeccionismo.

Así, para analizar la asociación entre perfeccionismo, baja autoestima, IMC y síntomas alimentarios en situaciones estresantes, Sassaroli y Ruggiero (2005) seleccionaron una muestra de 145 estudiantes del sexo femenino. Hallaron que, en situaciones estresantes, algunas personas perfeccionistas tendían a creer que la restricción y la delgadez compensaban la baja autoestima; por tanto, el estrés puede sustituir la inseguridad respecto a la apariencia por el deseo de perder peso. En la misma línea, Rutzstein, Scappatura y Murawski (2014), trabajando con una muestra de mujeres adolescentes: con TCA (n=46), con riesgo de TCA (n=17) y sin TCA ni riesgo (n=137), concluyeron que las adolescentes con TCA presentaban niveles significativamente más elevados de perfeccionismo y baja autoestima, en comparación con los otros dos grupos.

Recientemente, Teixeira, Pereira, Marques, Saraiva y Macedo (2016) publicaron un estudio en el que informaban que el perfeccionismo, la baja autoestima y la insatisfacción corporal mantenían una relación clínicamente significativa con las actitudes y conductas alimentarias anómalas en una muestra de 575 chicas.

d) Dificultades interpersonales

Numerosos estudios han demostrado un claro vínculo entre la psicopatología alimentaria y los problemas interpersonales en el desarrollo, mantenimiento, prevención e intervención de los TCA (Arcelus, Haslam, Farrow y Meyer, 2013; Ansell, Grilo y White, 2012; Hartmann, Zeeck y Barret, 2010; McEvoy, Burgess, Page, Nathan y Fursland, 2013). La relevancia de los problemas interpersonales es más evidente si se tiene en cuenta que la Psicoterapia Interpersonal (TIP) ha demostrado utilidad para el tratamiento de la BN, con una eficacia similar a la TCC a largo plazo (Agras, Walsh, Fairburn, Wilson y Kraemer, 2000), lo que ha llevado a integrar algunos de sus elementos en el modelo transdiagnóstico (Celis y Roca, 2011).

Fairburn et al. (2003) identifican cuatro ejemplos característicos de relaciones disfuncionales en pacientes con TCA: 1) conflictos familiares pueden intensificar la resistencia a comer en pacientes jóvenes; 2) ciertos ambientes sociales tienden a magnificar el control de la alimentación y el peso; 3) adversidades en la esfera interpersonal pueden precipitar atracones; y 4) problemas en las relaciones sociales suelen dañar la autoestima e incrementar el esfuerzo por alcanzar metas relacionadas con la estética. En consonancia con

las situaciones identificadas, Murphy et al. (2012) añaden que el frecuente aislamiento impide que los pacientes se cuestionen las conductas y actitudes alteradas, perpetuando así la problemática alimentaria y la disfunción en las relaciones.

Carretero et al. (2009) evaluaron los factores de riesgo, la psicopatología alimentaria, el funcionamiento psicológico y la insatisfacción corporal, en una muestra de pacientes con BN (n=26), TpA (n=6) y TCANE (n=38). Los análisis revelaron que las dificultades en el funcionamiento psicosocial (especialmente desconfianza interpersonal e inseguridad social) estaban presentes en los tres grupos diagnósticos.

En consonancia con el estudio anterior, Hartmann et al. (2010) trabajando con una muestra de 208 pacientes con AN y BN, comprobaron que, en general, todos los pacientes mostraron déficits en asertividad y estilo sumiso y los que tenían AN purgativa manifestaron mayores dificultades referidas a la evitación o inhibición social. Los patrones de relación interpersonal influyeron en los resultados del tratamiento, de modo que se beneficiaron menos los pacientes anoréxicos con problemas derivados de la tendencia al dominio y al control, y los pacientes bulímicos que presentaban conductas de evitación social.

Del mismo modo, Arcelus et al. (2013) en una revisión bibliográfica sobre la relación entre funcionamiento interpersonal y TCA hallaron que los pacientes con AN evitaban la expresión emocional y anteponían los sentimientos de otros a los propios, mientras que en la BN había mayores niveles de desconfianza interpersonal y de interacciones negativas con otros. Concluyeron que las diferencias en las dificultades interpersonales podrían estar relacionadas con las características de personalidad propias de cada trastorno: la AN se asocia con trastornos y rasgos de personalidad de tipo ansioso y temeroso y la BN se asocia con trastornos y rasgos de personalidad de tipo dramático o errático.

A diferencia de los estudios previos, Arcelus et al. (2011) exploraron los factores que podrían predecir los resultados de la TIP en una muestra de 80 pacientes con BN o TCANE con características bulímicas. El estudio se centró en tres variables predictoras: severidad sintomatológica, psicopatología general y factores interpersonales. Aproximadamente el 70% de los pacientes tratados mostraron mejoría; el 30% restante eran aquellos con baja autoestima y menores niveles de problemas interpersonales, lo que se podría explicar por el hecho de que esta terapia se centra específicamente en las dificultades interpersonales. Los autores destacaron que la TIP es un tratamiento eficaz para los TCA con rasgos bulímicos.

e) Intolerancia emocional

La intolerancia emocional es la dificultad/incapacidad que tienen algunos pacientes con TCA para afrontar de adaptativamente determinados estados emocionales, especialmente cuando son intensos, tanto de corte negativo (tristeza, ira), como positivo (euforia). Al no disponer de herramientas para afrontar adecuadamente los cambios emocionales, desarrollan comportamientos disfuncionales sustitutorios (autolesiones, atracones, purgas) que les permiten modular (disipar o reducir) los estados emocionales que les resultan intolerables y los pensamientos asociados, pero a un alto precio (Fairburn et al., 2003).

Las estrategias de regulación emocional tienen relevancia en el contexto de diferentes trastornos, como los de ansiedad, del estado de ánimo y los TCA, lo que lleva a algunos autores a concluir que tienen naturaleza transdiagnóstica (Aldao, 2012). El funcionamiento emocional juega un importante rol en el desarrollo y mantenimiento de los TCA y se sabe que estas personas tienen mayores dificultades en la regulación de sus estados anímicos (Ambwani, Slane, Thomas, Hopwood y Grilo, 2014).

Con el objetivo de examinar la relación entre el estado de ánimo negativo y los atracones, Hilbert y Tuschen-Caffier (2007) compararon dos muestras de mujeres: con TCA (20 con TpA y 20 con BN) y sanas, para poner a prueba distintas hipótesis sobre el interjuego de estas variables. Sus resultados confirmaron que los atracones estaban precedidos por un estado de ánimo negativo en ambos trastornos, pero las cogniciones que las pacientes experimentaban durante la realización del atracón eran menos negativas en el TpA que en la BN, donde había más pensamientos negativos relacionados con la comida. Además, señalaron que las pacientes no experimentaban alivio en su estado de ánimo negativo tras los atracones, sino todo lo contrario (su malestar se incrementaba), y existía coincidencia entre periodos de alimentación regular y estabilidad emocional. Esto les llevó a concluir que las dificultades en la regulación emocional pueden manifestarse a raíz de los atracones, pero estas prácticas no son eficaces para regular el estado emocional.

En una línea similar, pero trabajando con universitarios de ambos sexos, Whiteside et al. (2007) analizaron si los atracones se relacionaban con las dificultades en la regulación emocional, las restricciones dietéticas y el núcleo psicopatológico e intentaron establecer cuáles eran las dificultades emocionales que más afectaban a la ingesta excesiva. Encontraron que los atracones se relacionaban con las restricciones, el núcleo psicopatológico y las dificultades en la regulación emocional. Las dificultades de disregulación emocional más fuertemente vinculadas con los atracones eran: 1) utilización de estrategias de regulación

emocional disfuncionales y 2) dificultades para identificar, y expresar los estados emocionales (alexitimia). Los autores concluyeron que las dificultades en la regulación emocional se extienden más allá del periodo que precede al atracón, lo que parece sugerir que muchas personas que experimentan episodios de sobre-ingesta presentan vulnerabilidad emocional que incrementa el riesgo de usar conductas disfuncionales para modular el ánimo.

f) Alexitimia

Para finalizar, y aunque no está contemplado como un mecanismo en la propuesta de Fairburn et al., (2003), es conveniente tener en cuenta el papel de la alexitimia en los TCA, dada su participación en la intolerancia emocional y su vinculación con otros mecanismos transdiagnósticos.

El constructo de alexitimia es multifacético e incluye, según Taylor, Bagby y Parker (1991) (citado en De Berardis et al., 2007), cuatro características: 1) dificultad para identificar y describir las propias emociones; 2) dificultad para distinguir entre emociones y sensaciones corporales; 3) fantasía interna empobrecida; y 4) pensamiento concreto y poca capacidad de introspección. De Berardis et al. (2007) diseñaron un estudio con una muestra de universitarias (n=254) para analizar si la alexitimia, las conductas de comprobación corporal y la imagen corporal eran factores de riesgo para el desarrollo de un TCA. Hallaron que la alexitimia se asociaba significativamente con el riesgo de padecer un TCA, con la baja autoestima y con la insatisfacción corporal. Estos autores sugirieron que la alexitimia podría jugar un papel importante en el origen y mantenimiento de conductas alimentarias anómalas y podría facilitar la aparición de síntomas depresivos y baja autoestima, que a su vez exacerbarían las conductas alimentarias anómalas.

Por otra parte, Marsero, Ruggiero, Scarone, Bertelli y Sassaroli (2011) exploraron las relaciones entre alexitimia y perfeccionismo desadaptativo en el proceso de desarrollo de un TCA, empleando una muestra de pacientes con TCA (n=49) y un grupo control (n=49). Encontraron que la alexitimia precedía al desarrollo del perfeccionismo, lo que interpretaron como una evidencia de que el perfeccionismo podría representar un intento disfuncional de las personas con TCA para afrontar sus problemas a la hora de identificar y regular emociones.

3.2. Validez de la teoría transdiagnóstica para explicar la psicopatología alimentaria

La propuesta central del modelo transdiagnóstico es que las características comunes de los pacientes con TCA son más importantes que las diferencias en el peso o en las conductas, pero esta premisa no implica ignorar el peso o los aspectos conductuales en el trabajo clínico, sino enfatizar que no son imprescindibles para categorizar los casos o planificar tratamientos que se centran en cuestiones comunes a través de los diagnósticos (Fairburn et al., 2003). Los resúmenes de estos trabajos se exponen en la Tabla 2 (Anexos).

Uno de los primeros estudios que puso a prueba la validez del modelo transdiagnóstico fue el de Tasca et al. (2011), con 1451 pacientes con AN, BN y TCANE (94% mujeres). Estos autores destacaron el papel de la baja autoestima, no sólo por su efecto directo sobre el núcleo psicopatológico, sino también por su papel mediador en las relaciones de éste con las dificultades interpersonales y con la intolerancia emocional. A su vez, pusieron de relieve que el perfeccionismo se relacionaba directamente con el núcleo psicopatológico en AN y TCANE, pero no en BN.

En la misma línea, Lampard et al. (2013) trataron de determinar si los mecanismos de mantenimiento y el núcleo psicopatológico de los TCA mantenían relaciones transdiagnósticas. Seleccionaron una muestra de 1451 de pacientes (94% mujeres) con AN, BN o TCANE, y hallaron que las relaciones entre baja autoestima y núcleo psicopatológico y entre atracones e intolerancia emocional eran transdiagnósticas. A su vez, el núcleo psicopatológico y las restricciones dietéticas mantenían una relación “parcialmente transdiagnóstica”, es decir, estaba presente en todos los grupos, pero con diferencias significativas dependiendo del diagnóstico: esta relación era significativamente mayor en pacientes con BN, que en aquellos con AN o TCANE. Sin embargo, había cuatro relaciones que no eran transdiagnósticas, sino específicas: 1) perfeccionismo auto-orientado y núcleo psicopatológico para AN y TCANE; 2) perfeccionismo auto-orientado y restricciones dietéticas para AN y TCANE; 3) dificultades interpersonales y restricciones dietéticas para TCANE; y 4) restricciones dietéticas y atracones para BN.

A diferencia de los estudios expuestos hasta el momento, que utilizaban muestras compuestas en su mayoría por mujeres, Dakanalis, Timko, Clerici, Zanetti y Riva (2013) evaluaron la validez del modelo transdiagnóstico en 605 varones, partiendo de las diferencias entre sexos a la hora de practicar ejercicio físico como comportamiento compensatorio (los

hombres practican ejercicio para reducir la grasa y aumentar la musculatura en mayor medida que las mujeres, que se fijan esencialmente en el peso corporal). Estos autores encontraron que las restricciones dietéticas mantenían relaciones indirectas (mediadas por el núcleo psicopatológico) con perfeccionismo clínico, baja autoestima y dificultades interpersonales. Asimismo, hallaron tres relaciones directas: dificultades interpersonales con baja autoestima, atracones con conductas compensatorias, y restricciones dietéticas con intolerancia emocional. En contra de las predicciones del modelo, no se encontró una asociación directa entre restricciones dietéticas y atracones. A pesar de ello, los autores concluyeron que la teoría transdiagnóstica mostraba un buen ajuste a la hora de explicar la psicopatología alimentaria de los chicos.

El modelo transdiagnóstico también se puso a prueba en deportistas en el trabajo de Shanmugam, Jowett y Meyer (2011), que analizaron además si se podía aplicar con independencia del género (varones y mujeres), tipo de deporte (individual o equipo) y rendimiento (élite o no). Encontraron que las dificultades interpersonales, la baja autoestima, el perfeccionismo y los problemas emocionales (principalmente depresivos) contribuían a una mejor comprensión de los TCA en atletas. Los deportistas con mayor grado de conflictividad interpersonal tendían a auto-criticarse más, y esto disminuía su autoestima e incrementaba la sintomatología depresiva; todo ello conducía a hábitos alimentarios anómalos. Así, además de mostrar la validez del transdiagnóstico en atletas, los autores destacaron la relación entre dificultades interpersonales y dinámicas familiares (apego). Por otra parte, el modelo transdiagnóstico explicaba adecuadamente los TCA en diferentes tipos de deporte y estándares de rendimiento, pero su ajuste era mejor para las mujeres que para los hombres, lo cual podría deberse a que la formulación del modelo se basó en observaciones clínicas de pacientes femeninos con TCA.

Para examinar el papel del núcleo psicopatológico y los mecanismos de mantenimiento en la predicción de las restricciones dietéticas, Hoiles, Egan y Kane (2012) reclutaron una muestra de mujeres de la población general (n=224). Sus hallazgos mostraron que el perfeccionismo, la baja autoestima, la intolerancia emocional y las dificultades interpersonales llevaban a realizar dietas, pero lo hacían a través del núcleo psicopatológico, no directamente. Los autores interpretaron estos resultados como una evidencia de que los mecanismos de mantenimiento no son suficientes para producir restricciones dietéticas, sino que es necesario que la persona sobrevalore el control del peso y la alimentación, apoyando así a la teoría transdiagnóstica, que afirma que los mecanismos de mantenimiento no están

presentes en todos los individuos ni predicen directamente la realización de restricciones dietéticas, sino que se necesita la presencia del núcleo psicopatológico.

El hecho de que los distintos TCA compartan características clínicas es una de las bases del transdiagnóstico. En este sentido, Allan y Goss (2014) reclutaron una muestra de 136 mujeres diagnosticadas de AN, BN y TCANE, con el objetivo de determinar si existían diferencias significativas entre grupos diagnósticos en creencias y conductas propias de estos trastornos, para, posteriormente, evaluar la significación clínica de cualquier diferencia y establecer en qué medida las creencias y conductas específicas de un TCA están presentes de forma significativa en todos los diagnósticos. Hallaron diferencias significativas en cogniciones y conductas anoréxicas y bulímicas y en su severidad, pero éstas no eran clínicamente significativas puesto que su frecuencia era muy elevada en todos los grupos diagnósticos. La mayoría de los pacientes presentaban cogniciones tanto anoréxicas como bulímicas: los comportamientos restrictivos, propios de la AN, se observaron en la mayoría de los pacientes con TCANE y en una minoría significativa de los que tenían BN; los comportamientos bulímicos no sólo estaban presentes en la BN, sino en la mayoría de los pacientes con AN y TCANE.

Sin embargo, a diferencia de los estudios mencionados hasta aquí, Birmingham, Touyz y Harbottle (2009) pusieron a prueba el enfoque transdiagnóstico utilizando los criterios causales de Hill para determinar hasta qué punto a la AN y la BN eran trastornos separados con una etiología independiente, o un único trastorno con una sola causa. Estos criterios incluyen: fuerza de asociación, consistencia entre estudios, temporalidad, evidencia experimental, gradiente biológico, plausibilidad biológica, analogía, coherencia y especificidad. Birmingham et al. concluyeron que la hipótesis transdiagnóstica no cumplía las condiciones necesarias para establecer una relación causal, al no satisfacer los criterios de temporalidad, gradiente biológico, coherencia, evidencia experimental, consistencia y especificidad.

3.3. TCC-Mejorada

Tradicionalmente, los tratamientos disponibles para los TCA se han centrado en la BN y han atendido en menor medida a la AN y a los TCANE, a pesar de que estos últimos son los diagnósticos más frecuentes de TCA (Fairburn y Bohn, 2005). La TCC es el tratamiento de elección para la BN, pese a que los resultados que se derivan de su uso son insatisfactorios (Cooper y Fairburn, 2011). En los casos de AN el prerrequisito para comenzar la terapia psicológica es que el peso se haya restablecido a un nivel mínimo compatible con la salud, aunque tampoco se dispone de suficiente evidencia que respalde el uso de la TCC una vez alcanzado dicho prerrequisito. Tras explorar las limitaciones de la TCC-BN, Fairburn y colaboradores (2003) plantearon la necesidad de contemplar la existencia de mecanismos de mantenimiento que podrían estar operando en la base de estos trastornos. A raíz de esta ampliación nace la teoría transdiagnóstica, de la cual se deriva un tratamiento transdiagnóstico (TCC-mejorada). Éste supone una adaptación TCC-BN, pero a diferencia de ésta que sólo se dirigía a la BN, la TCC-mejorada es un protocolo de tratamiento integrado válido para todos los TCA, de modo que para su aplicación el diagnóstico concreto del paciente es irrelevante.

La TCC-mejorada dispone de dos versiones: focalizada (centrada en el núcleo psicopatológico de los TCA) y extendida que, además de abordar el núcleo psicopatológico, incluye los mecanismos de mantenimiento. Ambas tienen una duración que varía desde 20 a 40 sesiones (indicada para pacientes con $IMC \leq 17.5$) y constan de cuatro etapas:

- 1) La primera persigue motivar al paciente, proporcionar información sobre el trastorno y la terapia y realizar la formulación del caso.
- 2) En la segunda, se identifican los obstáculos para el cambio y se diseña la siguiente etapa, valorando la posible contribución de los mecanismos de mantenimiento para decidir si se va a continuar aplicando la versión focalizada o la extendida.
- 3) La tercera es la más larga, dado que se centra en el núcleo. De ser el caso, también se dirige hacia los mecanismos de mantenimiento.
- 4) En la última se revisan los logros alcanzados y se elabora un plan de mantenimiento para aplicar una vez finalizado el tratamiento.

A continuación, se sintetizan las investigaciones que ponen a prueba la TCC-mejorada, comparando las versiones focalizada y extendida, analizando alguna de estas

versiones en diferentes muestras con TCA o contrastando la TCC-mejorada con otros tratamientos (TIP). Esta información aparece resumida en la Tabla 3 (Anexos).

En la investigación de Gadheri (2006) se comparó la eficacia de la TCC original con una versión extendida, semejante a la que se propone en la TCC-mejorada, en una muestra de 50 pacientes con BN. Aunque ambas produjeron mejorías significativas desde el punto de vista clínico y estadístico, los resultados mostraron que la recuperación y la respuesta al tratamiento (reducción de episodios bulímicos, insatisfacción corporal y preocupaciones relacionadas) fueron mayores con la versión extendida. A su vez, el análisis funcional reveló la existencia de dos variables que contribuían a mantener la BN: dificultades interpersonales e intolerancia emocional. El autor concluyó que la versión extendida era muy similar al tratamiento transdiagnóstico propuesto por Fairburn et al. (2003), con lo cual sus resultados proporcionaban apoyo a la superioridad de éste sobre la TCC original, más centrada en el núcleo psicopatológico.

Fairburn et al., (2009) aplicaron las versiones focalizada y extendida de la TCC-mejorada a 154 pacientes con TCA ($IMC \geq 17.5$), a los que compararon con un grupo control de pacientes en lista de espera. Su objetivo era comparar ambas versiones al finalizar el tratamiento y tras un seguimiento de 60 semanas, explorando si el diagnóstico ejercía influencia en la respuesta al tratamiento y si ambas versiones tenían efectos diferentes en los pacientes con y sin mecanismos de mantenimiento adicionales. Mientras que los pacientes en lista de espera no presentaron cambios en la gravedad sintomática, los que recibieron cualquiera de las dos versiones de la TCC-mejorada mostraron mejoría. El diagnóstico concreto de TCA no influyó en los resultados, con lo cual la distinción entre BN y TCANE era de escasa utilidad para el pronóstico. A pesar de que ambas versiones fueron eficaces, la extendida fue superior para los pacientes en los que los mecanismos estaban presentes en un grado significativo. Esto les llevó a concluir que la versión simple del tratamiento (focalizada) debería considerarse como la forma estándar, reservando la extendida para pacientes con psicopatología adicional.

Otro estudio que evaluó los efectos de la TCC-mejorada en pacientes sin bajo peso fue el de Dakanalis et al. (2014), que compararon la versión original de la TCC con la mejorada en 679 pacientes con BN, TpA y TCANE. Los resultados fueron los siguientes: a) el núcleo psicopatológico se relacionaba con las dificultades interpersonales, el perfeccionismo y la baja autoestima; b) los problemas interpersonales se relacionaban

directamente con los otros tres mecanismos de mantenimiento, y la baja autoestima se asociaba directamente con la intolerancia emocional; c) un elevado perfeccionismo se asociaba con un aumento de las restricciones dietéticas, mientras que un alto grado de problemas interpersonales y de intolerancia emocional llevaba al aumento de los atracones; d) la intolerancia emocional mediaba en la relación entre la restricción dietética y los atracones; e) no había diferencias significativas en función de las categorías diagnósticas del DSM-5; y f) aunque ambas versiones condujeron a buenos resultados, la TCC-mejorada era más eficaz a la hora de intervenir sobre las restricciones dietéticas, en comparación con la TCC original.

Asimismo, Dalle Grave, Calugi, Sartirana y Fairburn (2015) evaluaron la versión focalizada de la TCC-mejorada en 68 adolescentes con TCA ($IMC \geq 18.5$). Los pacientes que completaron el tratamiento (75%), mejoraron significativamente en los síntomas alimentarios y psiquiátricos en general. Al finalizar el tratamiento, la sintomatología alimentaria residual era mínima en el 67.6% de los pacientes, y la mitad de los que presentaban atracones y purgas habían extinguido esas conductas.

Por lo que se refiere a la eficacia de la TCC-mejorada en la AN, el primer estudio que incluyó a estos pacientes fue realizado por Byrne, Fursland, Allen y Watson (2011), que aplicaron la versión extendida a 125 pacientes con BN, TCANE y AN. La TCC-mejorada obtuvo reducciones significativas en sintomatología alimentaria y comórbida. De los pacientes que completaron el tratamiento, experimentaron remisión parcial o completa el 50% de los diagnosticados de AN, el 66.7% de BN y el 73.3% de TCANE. A pesar de que la TCC-mejorada fue eficaz para todos los grupos diagnósticos, los autores señalaron que los pacientes con bajo peso (AN) obtuvieron los peores resultados. No se observaron mejorías en perfeccionismo ni en intolerancia emocional, lo cual podría ser debido a que estos mecanismos sólo operan en un subgrupo de pacientes.

En la misma línea del estudio anterior, Fairburn et al. (2013) aplicaron la versión focalizada de la TCC-mejorada, 40 sesiones, más un seguimiento de 60 semanas a dos muestras de pacientes con AN, 50 en Reino Unido y 49 en Italia. Finalizado el estudio, se comprobó que, los pacientes que completaron el tratamiento (2/3), mejoraron significativamente en recuperación ponderal (el 60% consiguió un IMC saludable) y sintomatología alimentaria (el 90% mostró unos niveles de psicopatología por debajo del umbral de significación clínica), y los cambios se mantuvieron a lo largo del tiempo.

Con el objetivo averiguar si la TCC-mejorada podría ser una alternativa viable a la Terapia Familiar (FBT) para adolescentes con AN, Dalle Grave, Calugi, Doll y Fairburn

(2013), aplicaron la versión focalizada, de 40 sesiones, a 49 pacientes. Analizaron qué proporción de pacientes finalizaba el tratamiento sin necesidad de otra terapia adicional, los resultados de la TCC-mejorada y el mantenimiento de los cambios. Los pacientes que finalizaron el tratamiento sin necesidad de añadir uno adicional (2/3) mostraron mejorías significativas en peso y síntomas alimentarios, y dichos cambios se mantuvieron a las 60 semanas de seguimiento. Estos hallazgos contrastaban con la FBT, en la que es común aplicar tratamiento adicional durante el seguimiento.

La TCC-mejorada también se ha probado en el tratamiento hospitalario de la AN. Así, Dalle Grave, Calugi, El Ghoch, Conti y Fairburn (2014) aplicaron esta terapia a 27 adolescentes hospitalizados para determinar la proporción de pacientes que completaban el tratamiento, evaluar los resultados, y analizar el mantenimiento de los cambios. El tratamiento, aplicado durante 20 semanas, constaba de sesiones individuales y grupales, proporcionando también atención a los padres. Los pacientes que completaron el tratamiento (96%) mostraron una buena respuesta, en términos de ganancia de peso (el 96.2% logró un $IMC \geq 18.5$) y de reducción de sintomatología anoréxica y comórbida. A los 12 meses de haber finalizado el tratamiento, el 82.6% conservaba un $IMC \geq 18.5$ y mantenía los logros en reducción sintomatológica. Los autores concluyeron que la TCC-mejorada podría ser una alternativa eficaz para adolescentes con AN, puesto que no presentaba la alta tasa de recaída encontrada con los tratamientos hospitalarios tradicionales.

Por otra parte, Sysko y Hildebrandt (2011), publicaron un estudio de caso en el que aplicaron la versión extendida de la TCC-mejorada a una adolescente de 16 años diagnosticada de TCANE que, además presentaba el diagnóstico comórbido de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. A lo largo del estudio, comprobaron que la presencia de problemas interpersonales e intolerancia emocional exacerbaba los síntomas alimentarios y deterioraba las relaciones familiares y con los iguales, lo que llevó a los autores a sugerir que ambos mecanismos podían afectar al funcionamiento de los adolescentes de manera independiente del TCA. Los autores concluyeron que la TCC-mejorada podría ser eficaz para tratar a pacientes jóvenes diagnosticados de TCANE, y enfatizaron la conveniencia de intervenir sobre el sistema familiar cuando se trabaja con adolescentes.

Fairburn et al. (2015) llevaron a cabo una investigación para comparar los efectos de la TCC-mejorada con los de la TIP y replicar los resultados hallados en el estudio realizado 6 años antes (Fairburn et al., 2009). Reclutaron una muestra de 130 pacientes con TCA,

excluyendo a aquellos con AN. Ambos tratamientos constaron de 20 sesiones, aplicadas por terapeutas entrenados de manera similar, y de un seguimiento a las 60 semanas. Al final del tratamiento, alcanzaron la remisión el 69% de los que recibieron TCC-mejorada y el 49% de los que recibieron TIP. Se observaron diferencias temporales en los efectos de ambos tratamientos: la TCC-mejorada producía efectos más rápido que la TIP, esto podría explicarse porque la primera se dirige directamente a los síntomas alimentarios, mientras que la segunda produce cambios indirectos a través de la mejora del funcionamiento interpersonal. Por otra parte, los resultados hallados tras aplicar la TCC-mejorada fueron similares a los obtenidos en 2009 y se mantuvieron en el tiempo: el 63% de los participantes del estudio original y el 69% del estudio actual se mantuvieron en remisión al finalizar el seguimiento.

Recientemente, Cooper et al. (2016) publicaron un estudio en el que se examinaban los predictores y moderadores de los resultados hallados en la investigación anterior (Fairburn et al., 2015) a las 60 semanas de seguimiento. Sus resultados fueron los siguientes:

- 1) Para ambos tratamientos, los pacientes con curso crónico (8 años o más) tenían menos probabilidades de mejorar y, tras el seguimiento, conservaban mayores niveles de sintomatología alimentaria. Este dato destaca la importancia de la intervención temprana.
- 2) Los pacientes con mayores niveles de sobrevaloración de la figura se beneficiaron menos de los tratamientos, lo que sugiere la importancia de abordar específicamente esta problemática.
- 3) El diagnóstico específico de TCA no influyó en la respuesta de los tratamientos.
- 4) Excepto los pacientes con niveles bajos de autoestima, que se beneficiaron en mayor medida de la TCC-mejorada que de la TIP, no se hallaron diferencias significativas entre ambos tratamientos.

En suma, la TCC-mejorada se puede considerar un tratamiento transdiagnóstico, puesto que ha mostrado su eficacia para la BN, la AN y el TCANE (Fairburn et al., 2013). Cabe añadir, además, que los tratamientos transdiagnósticos se han mostrado superiores a los centrados en un solo trastorno cuando existe comorbilidad, puesto que abordan los factores de mantenimiento comunes (McEvoy et al., 2009).

3.4. Discusión

Esta revisión sistemática del enfoque transdiagnóstico en los TCA se basó en 64 documentos que analizan el papel de los mecanismos de mantenimiento de los TCA, la capacidad explicativa del modelo, y la eficacia del tratamiento derivado (TCC-mejorada).

De los cuatro mecanismos de mantenimiento, el perfeccionismo clínico es el que entraña mayor complejidad debido a las distintas conceptualizaciones del constructo (unidimensional o multidimensional). Pese a estas dificultades, existe consenso casi generalizado respecto al papel perjudicial del perfeccionismo auto-orientado (componente intrapersonal) que, a través de la auto-imposición rígida de estándares exigentes y la autocrítica (especialmente respecto a la apariencia física), mantiene la psicopatología alimentaria (Joyce et al., 2012; Shanmugam y Davies, 2015; Stoeber y Yang, 2015). Sin embargo, no está claro el rol que desempeñan las dimensiones interpersonales (perfeccionismo prescrito socialmente y orientado a otros). En este sentido, algunos estudios encontraron que los pacientes con TCA presentaban puntuaciones elevadas en las dos dimensiones interpersonales (Maia et al., 2009), mientras que otros sólo hallaron niveles significativos de perfeccionismo prescrito socialmente (Franco-Paredes et al., 2005; Welch et al. 2009) e, incluso, otros autores no encontraron diferencias significativas en esta faceta del perfeccionismo entre TCA y población general (Lethbridge et al., 2011).

El perfeccionismo auto-orientado se asoció además con baja autoestima, en la medida en que supone un esquema disfuncional de autoevaluación: cuando la persona perfeccionista no alcanza los estándares auto-impuestos, en los que basa gran parte de su valía personal, su autoestima se ve dañada; a su vez, la baja autoestima intensifica todavía más los esfuerzos perfeccionistas (Fairburn et al., 2003).

Existe concordancia entre autores en cuanto a la particular relevancia que tiene la baja autoestima en los TCA, ya que constituye una imagen global negativa, permanente, e incondicional, que propicia niveles significativamente más bajos que los hallados en otros grupos psiquiátricos; además, este mecanismo no sólo entorpece el avance del tratamiento, sino que es un predictor de recaída (Brockmeyer et al., 2013; McFarlane et al., 2008; Silverstone y Salsali, 2003). Estos resultados también han sido ampliamente confirmados en muestras adolescentes (Altamirano et al., 2011; Cervera et al., 2003; Moreno y Ortiz, 2009).

Tanto la baja autoestima como el perfeccionismo clínico mantienen relaciones clínicamente significativas con las actitudes y conductas alimentarias disfuncionales (Teixeira et al., 2016). Pero, además, la literatura señala que las interacciones entre ambos mecanismos resultan fundamentales para explicar el mantenimiento de los TCA. La búsqueda de un estándar perfeccionista de la imagen corporal constituye una forma de “compensar” la baja autoestima, particularmente en adultos sometidos a condiciones de estrés (Sassaroli y Ruggiero, 2005) y en adolescentes, etapa en la que la autovalía está muy determinada por la imagen corporal (Rutzstein et al., 2014).

La baja autoestima y el perfeccionismo no son los únicos mecanismos transdiagnósticos relacionados entre sí. Existe evidencia de que los problemas interpersonales repercuten negativamente en la autoestima y ello conduce al incremento de estándares perfeccionistas (Fairburn et al., 2003).

En los TCA, las dificultades interpersonales se suelen manifestar a través de conflictos familiares o con los iguales, además, las conductas de evitación propias de algunos pacientes, impiden que se cuestionen sus conductas y actitudes alimentarias anómalas (Fairburn et al., 2003). La relevancia de estas dificultades se hace más evidente si cabe, si se tiene en cuenta la utilidad de la TIP en el tratamiento de los TCA con rasgos bulímicos, que mostró una eficacia similar a la TCC a largo plazo (Agras et al., 2000; Arcelus et al., 2011).

En general, todos los pacientes con TCA presentan dificultades en el funcionamiento psicosocial (comportamiento poco asertivo y tendencia a un estilo sumiso) y altos niveles de malestar interpersonal, (Carretero et al., 2009; Hartmann et al., 2010). No obstante, se encontraron diferencias en función del diagnóstico, aunque no resultaron consistentes entre diferentes estudios. Por ejemplo, Hartmann et al. (2010) encontraron que en la AN predominaban problemas derivados de la tendencia al dominio y al control y en la BN sobresalían conductas de evitación social. En cambio, Arcelus et al. (2013) hallaron que en la AN se tendía a anteponer los sentimientos ajenos sobre los propios y a evitar la expresión emocional, mientras que en la BN había mayores niveles de desconfianza interpersonal y mayor frecuencia de conflictos con los demás.

Los déficits en el afrontamiento de las adversidades interpersonales pueden generar emociones negativas intensas que, si no se manejan adecuadamente, incrementan todavía más el malestar. La intolerancia emocional conduce a la adopción de conductas disfuncionales para modular o reducir temporalmente emociones negativas (Fairburn et al., 2003). Los

atracones son un claro ejemplo de comportamiento disfuncional surgido de las dificultades en la regulación emocional (Lampard et al., 2013). De hecho, se encontró coincidencia entre estabilidad emocional y alimentación regular y entre ánimo negativo y atracones: el estado de ánimo negativo era un antecedente de los atracones, utilizado para aliviar el malestar, aunque tenía el efecto contrario (Hilbert y Tuschen-Caffier, 2007). Los problemas de regulación emocional más fuertemente vinculados con los atracones son las estrategias disfuncionales y la alexitimia (Whiteside et al., 2007).

La alexitimia se vincula con los mecanismos transdiagnósticos. En concreto, facilita la aparición de baja autoestima y síntomas depresivos, lo que puede exacerbar la psicopatología alimentaria (De Berardis et al., 2007). A su vez, la alexitimia precede al desarrollo del perfeccionismo en los TCA, de forma que éste podría constituir un intento disfuncional para afrontar las dificultades de reconocimiento emocional (Marsiero et al., 2011)

Según el modelo transdiagnóstico, los mecanismos de mantenimiento perpetúan la psicopatología a través de su interacción con el núcleo psicopatológico de los TCA (Fairburn et al., 2003). Los hallazgos al respecto indican que la baja autoestima se relaciona directamente con el núcleo psicopatológico; mientras que, las dificultades interpersonales y la intolerancia emocional se asocian indirectamente, a través de la baja autoestima; y el perfeccionismo clínico se asocia directamente con el núcleo psicopatológico únicamente en AN y TCANE (Lampard et al., 2013; Tasca et al., 2011).

Por otra parte, el estudio de las relaciones entre los mecanismos de mantenimiento y la restricción arrojó resultados contradictorios. Mientras que Hoiles et al. (2012) hallaron conexión indirecta entre los mecanismos y la restricción a través del núcleo psicopatológico), Dakanalis et al. (2013), señalaron que la restricción se relacionaba directamente con la intolerancia emocional e indirectamente con los otros tres mecanismos (de nuevo, a través del núcleo psicopatológico). Este panorama se complica ante los hallazgos de Lampard et al. (2013), que informaron de diferencias en función del diagnóstico, de modo que la restricción se relacionaba directamente con el perfeccionismo en AN y TCANE (no en BN) e indirectamente con las dificultades interpersonales sólo en TCANE.

En general, las investigaciones cuyo objeto de estudio era el modelo transdiagnóstico apoyan la tesis de que los distintos TCA comparten creencias y conductas similares (Allan y Goss, 2014). Sin embargo, Birmingham, et al. (2009), tras aplicar los criterios causales de

Hill, concluyeron que el modelo no cumplía las condiciones necesarias para establecer una relación causal.

En definitiva, aunque la investigación proporciona apoyo al modelo transdiagnóstico, todavía quedan aspectos que requieren más investigación, especialmente respecto al perfeccionismo y a la influencia de los mecanismos subyacentes en la realización de restricciones dietéticas.

En lo que respecta a la eficacia comparada de la TCC-mejorada, algunos estudios informaron que arrojó mayores tasas de recuperación que la terapia original y que fue más efectiva para intervenir sobre las restricciones, los episodios bulímicos, la insatisfacción corporal y el núcleo psicopatológico (Dakanalis et al., 2014; Gadheri, 2006). También mostró superioridad clara frente a la TIP en cuanto a rapidez a la hora de producir resultados (Fairburn et al., 2015).

Aunque, en general, la TCC-mejorada demostró mayor eficacia para todos los pacientes con TCA, los diagnosticados de AN obtuvieron peores resultados (Dalle Grave et al., 2014), lo que hace pensar en la influencia del diagnóstico en el tratamiento. Cuando se trabaja con pacientes con BN, TpA o TCANE, el diagnóstico no parece relevante para los resultados y la distinción entre éstos es de escasa utilidad para el pronóstico (Dakanalis et al., 2014; Fairburn et al., 2009). Ahora bien, el hecho de que los resultados sean peores con AN podría considerarse como un efecto particular de este diagnóstico en la eficacia (Byrne et al., 2011).

También existe consenso respecto a que ambas versiones de la TCC-mejorada (focalizada y extendida) favorecen la recuperación ponderal, reducen significativamente la psicopatología alimentaria y los síntomas comórbidos y estos cambios se mantienen en el seguimiento, habitualmente de 60 semanas (Byrne et al., 2011; Dalle Grave et al., 2013; Dalle Grave et al., 2015; Fairburn et al., 2013; Sysko y Hildebrandt, 2011). No obstante, la versión extendida resultó más eficaz cuando estaban presentes los mecanismos de mantenimiento, con lo cual debería reservarse para pacientes con psicopatología adicional, considerando la forma focalizada como formato estándar (Fairburn et al., 2009; Fairburn et al., 2015).

3.5. Conclusiones

A continuación se exponen las principales conclusiones de esta revisión sistemática sobre transdiagnóstico en los TCA:

1. El modelo transdiagnóstico aúna los enfoques categorial y dimensional, ya que se centra en las comunalidades de distintos trastornos sin desatender lo particular.
2. El transdiagnóstico mejora la comprensión y abordaje de la comorbilidad, incrementa la flexibilidad del tratamiento, optimiza los recursos asistenciales, facilita la diseminación de programas y reduce las tasas de recaídas. No obstante, también presenta limitaciones como el riesgo de reducir un conjunto de síntomas a dimensiones, la ausencia de consenso sobre el número mínimo de dimensiones a considerar, la conveniencia de establecer puntos de corte significativos, y la necesidad de demostrar empíricamente que es igual o más eficaz que los tratamientos centrados en trastornos.
3. Este modelo postula la existencia de cuatro mecanismos de mantenimiento (perfeccionismo clínico, baja autoestima, intolerancia emocional y dificultades interpersonales), que interactúan con el núcleo psicopatológico de los TCA dificultando el cambio.
4. Existe consenso respecto al papel perjudicial del perfeccionismo auto-orientado, especialmente en la AN y el TCANE; sin embargo, los resultados son inconsistentes en relación a las dimensiones del perfeccionismo prescrito socialmente y orientado a otros.
5. La baja autoestima se relaciona directamente con el núcleo psicopatológico y tiene un papel relevante como factor de riesgo, como variable mantenedora de psicopatología, como obstáculo al avance del tratamiento, y como predictor de recaída.
6. Las dificultades interpersonales deterioran el funcionamiento familiar y social y exacerbaban la psicopatología alimentaria. Aunque existe consenso respecto a la presencia de estos problemas en los TCA, todavía no están claras las diferencias específicas que afectan a cada diagnóstico.
7. La intolerancia emocional propicia la adopción de respuestas disfuncionales (especialmente atracones) como estrategia de afrontamiento para modular cambios anímicos o aliviar estados emocionales intensos.

8. Todavía no está claro si la asociación entre los mecanismos de mantenimiento y la restricción dietética es directa o está mediada por el núcleo psicopatológico.
9. La TCC-mejorada es superior a la TCC original en el abordaje de todos los pacientes con TCA, aunque en ambas se obtienen peores resultados en pacientes con AN.
10. Debería considerarse la versión focalizada de la TCC-mejorada como formato estándar, reservándose la versión extendida para el tratamiento de pacientes con psicopatología comórbida.

4. Protocolo de intervención

A continuación, se presenta una propuesta de intervención en la que, tomando como base la TCC-mejorada (versión focalizada), se añaden algunas estrategias de otros enfoques con el fin de solventar las carencias y limitaciones detectadas a lo largo de esta revisión. Antes de describir la propuesta, se expondrán las razones que motivan la inclusión de estrategias de otras terapias ajenas a la TCC.

Varios autores consideran fundamental tener en cuenta el ambiente familiar, especialmente en el caso de los adolescentes, dada la clara influencia que la dinámica familiar y el tipo de apego tienen en el desarrollo y mantenimiento de los TCA (Shanmugam et al., 2011; Sysko y Hildebrandt, 2011). La introducción de elementos de la FBT (Terapia Familiar) en la TCC-mejorada puede incrementar su eficacia, al ir más allá del ámbito individual, interviniendo sobre el sistema familiar. En opinión de algunos autores, este enfoque es especialmente útil en pacientes adolescentes, ya que a diferencia de la TCC, que depende en gran medida de la implicación y responsabilidad del paciente, la FBT se dirige al manejo de síntomas a través de la supervisión y apoyo parental (Hurst et al., 2015). A lo largo de sus tres etapas el papel de los familiares y del paciente va cambiando: los familiares tienen el control de la alimentación hasta que se consigue restaurar el peso y minimizar la sintomatología alimentaria, entonces se ayuda al paciente a retomar el control de su alimentación para, finalmente, potenciar su autonomía, analizar y reparar los daños causados por el trastorno (Eisler, Lock y Le Grange, 2010). A su vez, dada la implicación activa de los padres en la FBT, es importante aliviar sus frecuentes sentimientos de culpa y separar el trastorno del paciente (Eisler et al., 2010). Se han descrito dos formas de FBT para adolescentes con AN y BN, y ambos son tratamientos protocolizados y manualizados (Hurst et al., 2015). Aunque son más conocidos los efectos beneficiosos de esta terapia en AN, también se han encontrado resultados favorables en la BN. La FBT mejora distintos aspectos de la dinámica familiar (claridad de la comunicación, adecuación normas familiares y disminución en la sobreprotección familiar), ayuda a restaurar el control del paciente sobre su alimentación y aumenta su percepción de apoyo por parte de la familia (Hurst et al., 2015).

A este respecto, en mi estancia en la Unidad de Desórdenes Alimentarios (UDAL) del Hospital de Conxo (Unidad de referencia en Galicia para la atención a estos pacientes), para la realización del Prácticum II, he podido comprobar que el papel de la familia es

fundamental para contribuir a normalizar la alimentación, favorecer la ganancia de peso y el control de los síntomas en todos los grupos de edad.

Otro aspecto a tener en cuenta, y que los propios autores de la TCC-mejorada reconocen, es que la TCC original apenas prestaba atención a las circunstancias sociales de los pacientes, a pesar de que los aspectos interpersonales intervienen en el origen y mantenimiento de los TCA. A este argumento se suma la evidencia que aporta la eficacia de la TIP (Terapia Interpersonal) en el tratamiento de los TCA (Arcelus et al., 2011). Puesto que las dificultades en las relaciones sociales están estrechamente relacionadas con la sintomatología alimentaria, y de hecho son un mecanismo transdiagnóstico, podría ser adecuado enfatizar su intervención, incorporando técnicas de la TIP, concretamente, clasificando los problemas relacionales en distintas áreas y trabajando con estrategias específicas para cada área junto a otras más generales (Tanofsky-Kraff y Wilfley, 2010)

A su vez, se refuerza la intervención sobre los mecanismos de mantenimiento propuestos en el modelo transdiagnóstico, especialmente el perfeccionismo, al que se dedica menor atención en la versión focalizada. Con este propósito, se hace hincapié en los factores que lo mantienen (reglas rígidas, sesgos cognitivos, autocrítica y temor al fracaso), en el cambio conductual y en la ampliación del esquema de autoevaluación, empleando técnicas cognitivas (reestructuración cognitiva, ajuste del establecimiento de metas) y conductuales (exposición, experimentos conductuales) (Shafran, Coughtrey y Kothari, 2016). En la propuesta que se presenta el perfeccionismo se trabaja a lo largo de toda la intervención por su implicación con el núcleo psicopatológico y con el resto de los mecanismos de mantenimiento.

La terapia propuesta recibe el nombre de *Intervención Transdiagnóstica Revisada* (ITR). Está diseñada para formato individual y para régimen ambulatorio y es apta para pacientes de ambos sexos, de cualquier edad y con cualquier diagnóstico de TCA. Consta de 25 sesiones, distribuidas a lo largo de cuatro etapas, más tres de seguimiento. Es un tratamiento de corte idiográfico, limitado en el tiempo y a corto plazo, pero a la vez flexible, puesto que su duración puede adaptarse a las necesidades de cada paciente, enfatizando de forma más detenida algunos de los elementos propuestos. Al igual que ocurre con la TCC-mejorada, es imprescindible garantizar la seguridad del paciente, por lo que se dirige a personas cuyo IMC se encuentre entre 15 y 40.

Previamente al inicio de la intervención, se procede a la evaluación mediante una entrevista clínica y un protocolo de evaluación escalar. La sesión de evaluación tiene una

duración aproximada de 90 minutos. Parte de este tiempo se dedica a trabajar con los padres, dado que pueden ofrecer información útil para completar la historia clínica.

La realización de la entrevista tiene dos objetivos fundamentales: 1) conseguir una buena alianza terapéutica, para reducir la habitual ambivalencia respecto del tratamiento, por la naturaleza egosintónica de estos trastornos y 2) establecer el diagnóstico correcto. Los pacientes podrán conocer su peso si lo desean, en caso contrario sólo se les indica su IMC.

Mediante los cuestionarios se pretende complementar la información y profundizar en algunos aspectos concretos de la naturaleza, características y severidad de la sintomatología. Fairburn et al. (2008) recomiendan el uso del *Eating Disorders Questionnaire* (EDE-Q), que cuenta con adaptación española (*Spanish Versión of the Eating Disorders Questionnaire*, S-EDE-Q) realizada por Elder y Grilo en 2007. El EDE-Q evalúa la frecuencia, en los últimos 28 días, de distintas características de los TCA por medio de una escala tipo Lickert de siete puntos. La oportunidad de aplicar otros cuestionarios se determinará a partir de la entrevista clínica con cada paciente.

Una vez finalizada la evaluación, se valora si la ITR es la terapia recomendable o es más adecuado indicar un tratamiento más intensivo, por ejemplo cuando el IMC es <15. Asimismo, en caso de que haya depresión clínica comórbida y/o abuso o dependencia de sustancias, que pueden obstaculizar la adherencia y progreso del tratamiento, deben tratarse previamente estos problemas. Antes de iniciar el tratamiento, debe existir un compromiso firme por parte del paciente, conforme asistirá regularmente a las sesiones.

En los siguientes apartados, se describen las distintas etapas de la ITR, cada una con distintos objetivos y estrategias de intervención².

4.1. Etapa I

La etapa I se compone de ocho sesiones, cada una de 60 minutos de duración, distribuidas a lo largo de cuatro semanas (dos sesiones/semana). Cuatro sesiones se llevan a cabo con el paciente y las otras cuatro se realizan conjuntamente con la familia. Los objetivos son los siguientes:

- a) Lograr la implicación del paciente con el tratamiento y el cambio.
- b) Realizar la formulación del caso conjuntamente con el paciente, para determinar los mecanismos mantenedores del TCA.

² A lo largo de la descripción, se señalan en color azul las aportaciones añadidas a la TCC-mejorada

- c) Proporcionar psicoeducación sobre el TCA, **recalcando el papel del perfeccionismo y de la autoestima.**
- d) **Conseguir la colaboración de la familia y proporcionarles información.**
- e) Introducir la monitorización semanal del peso.
- f) Establecer un patrón regular de alimentación, **con ayuda de la familia.**
- g) **Identificar los posibles problemas interpersonales.**

Como es conocido, el éxito del tratamiento depende en gran medida de la implicación activa del paciente. Generalmente los pacientes desean cambiar algunos aspectos de su problemática (atracones), pero no otros (dietas); para manejar estas situaciones, el terapeuta debe adoptar una actitud profesional y empática, informando al paciente sobre la naturaleza del trastorno y el tipo del tratamiento que va a recibir para fundamentar el orden de los objetivos.

La formulación del caso se realiza en colaboración con el paciente y contribuye a que se implique en la terapia, se distancie de su problema y vea que sus dificultades tienen explicación. A medida que se elabora, se lleva a cabo una labor de psicoeducación con el objetivo de ayudarlo a comprender lo que le ocurre y a desmontar falsas creencias relacionadas con la comida y el peso. Es importante que la formulación sea sencilla y explique de modo creíble la génesis y mantenimiento del problema. **Paralelamente se proporciona información sobre el perfeccionismo, instruyendo al paciente sobre la relación entre esfuerzos y rendimiento, y el papel que desempeñan determinadas conductas “de seguridad”, como la comprobación repetida del peso, que incrementa las preocupaciones, mantiene la autoevaluación negativa y lleva a centrarse en los aspectos que generan más ansiedad.**

Tras informar al paciente, otro aspecto importante y necesario es conseguir la colaboración de los familiares³, preferiblemente de los que conviven con el paciente, ya que serán entrenados para llevar a cabo el control de la alimentación, limitar la realización de conductas inadecuadas (atracones, purgas, ejercicio excesivo) y potenciar la recuperación del peso. El terapeuta explora la percepción que tiene cada familiar del trastorno, utilizando la "técnica del cuestionamiento circular", basada en la suposición de que los problemas individuales están incluidos en patrones relacionales (Eisler et al., 2010). Se instruye a la familia sobre la naturaleza, características y consecuencias de los TCA. Si los padres se sienten culpables de la situación, es útil llevar a cabo la externalización del TCA tanto para

³ En adelante se emplearán indistintamente los términos “familiares” o “padres”.

reducir los sentimientos de culpa, como para ayudarles a diferenciar entre síntomas y conductas de “rebeldía” (Eisler et al., 2010).

Una vez que tanto el paciente como la familia disponen de información fiable, es el momento de introducir una dieta regular y saludable. Para ello se explican las normas de alimentación a seguir: los pacientes deben realizar tres comidas principales y dos tentempiés planificados. A diferencia de lo que se propone en la TCC-mejorada, donde el paciente elige y planifica el plan de comidas diario, en la ITR esta tarea es responsabilidad de los padres, que también son los encargados de limitar la realización de conductas encaminadas a perder peso, evitando el ejercicio físico extremo, o restringiendo el uso del cuarto de baño después de las comidas para prevenir las purgas. Esta actitud directiva de los padres es una medida temporal.

Por otra parte, desde el comienzo del tratamiento, se introduce el pesaje semanal, cuyos objetivos son: 1) informar acerca del peso real del paciente; 2) conseguir una interpretación adecuada de la cifra proporcionada por la báscula; y 3) intervenir sobre las conductas de comprobación del peso. Tanto los pacientes que se pesan frecuentemente como aquellos que lo evitan deben aprender a evaluar e interpretar su peso, y esto se consigue proporcionando información acerca de las fluctuaciones normales y de la interpretación de las mismas. Es crucial pedir al paciente que no se pese fuera de las sesiones (en caso de hacerlo, debe anotarlo en el autorregistro de alimentación, explicado más adelante).

A pesar de que los padres son los encargados de dirigir la alimentación del paciente, es importante que su papel sea lo más activo posible. Por ello, se le explica cómo cumplimentar los autorregistros de ingesta que, además de sistematizar la información, le ayudan a identificar la relación entre distintos acontecimientos y a observar sus progresos. En las figuras 3 y 4 (Anexos) se indican las instrucciones para cumplimentar los autorregistros y se muestra un ejemplo, respectivamente.

Una vez se normaliza la alimentación, el paciente puede mostrar resistencia a comer del modo indicado o a ingerir ciertos alimentos porque cree que va ganar peso o experimentar un atracón. Se le recuerda que una alimentación equilibrada es la base para empezar a superar su problema, y que la regulación de las ingestas tendrá como resultado una disminución en la frecuencia de los atracones. Cuando el paciente presenta atracones, se le ayuda a identificar las situaciones de riesgo y a planificar actividades incompatibles con la conducta de comer (pasear, telefonar o visitar a un amigo). A su vez, se proporciona entrenamiento en el análisis de la urgencia de comer, para que sea consciente de su naturaleza temporal (si resiste la urgencia, desaparecerá pasado un tiempo).

Finalmente, se clasifican los problemas interpersonales del paciente en cuatro áreas (Tanofsky-Kraff y Wilfley, 2010): a) déficits interpersonales, referidos a la escasez de relaciones cercanas, los sentimientos de soledad y la tendencia al aislamiento; b) conflictos relacionados con los roles interpersonales, que tienen lugar entre el paciente y otras personas significativas (padres, amigos, jefes), y suelen deberse a discrepancias entre las expectativas de cada una de las partes; c) transiciones de roles, originadas por eventos vitales normales (cambios profesionales, familiares, relacionales o de salud) que el paciente no sabe afrontar adecuadamente; y d) duelos, debidos al fallecimiento de algún ser querido o a la pérdida de una relación significativa.

4.2. Etapa II

La segunda etapa es de transición, se compone de dos sesiones semanales y persigue cuatro objetivos:

- 1) Revisar el progreso alcanzado. Se vuelve a aplicar el S-EDE-Q y se revisan los autorregistros de alimentación, *confrontando la información proporcionada por el paciente con la de los familiares.*
- 2) Identificar las barreras para el cambio.
- 3) Revisar la formulación del caso, modificando los elementos que fuese necesario.
- 4) Diseñar la etapa III. La tercera etapa es altamente individualizada, y en este momento se decide qué elementos estarán presentes.

4.3. Etapa III

La tercera etapa comprende doce sesiones, distribuidas a lo largo de tres meses (periodicidad semanal). *Tres sesiones se realizan conjuntamente con los padres y el paciente (1 vez al mes),* mientras que las restantes se reservan para trabajar individualmente con el paciente. Los contenidos se agrupan en cuatro bloques temáticos: A) sobrevaloración de la figura y el peso y sus expresiones; B) control sobre la alimentación; C) relación entre los hábitos de alimentación y los eventos externos y estados de ánimo; y *D) dificultades interpersonales.*

A. Sobrevaloración de la figura y el peso y sus expresiones.

Este bloque comienza con la evaluación del núcleo psicopatológico. Tras explicar al paciente cómo se forma y para qué sirve el esquema de autoevaluación, se le ayuda a identificar el suyo. Para facilitar la identificación, es útil un gráfico circular que represente las

áreas vitales que considera importantes para su autovalía y la importancia relativa de cada una. El resultado más habitual es un gráfico en el que el sector más sobresaliente es el aspecto físico, en detrimento de otras áreas vitales (amigos, familia, ocio, estudios, profesión, etc.). A continuación, se consideran y debaten las implicaciones del esquema de autoevaluación resultante, abordando los riesgos de tener un gráfico con un área muy dominante: a) disminuye la importancia de otras áreas; b) incrementa la vulnerabilidad cuando no puede controlar el área dominante; y c) juzgarse a uno mismo en función de la apariencia es problemático, ya que el peso y la figura son controlables hasta cierto punto.

Una vez identificada la sobrevaloración, es el momento de aumentar la importancia de otros dominios. Se comienza explicando la racionalidad de esta tarea y ayudando al paciente a identificar nuevas actividades o áreas vitales implicadas en la autoevaluación. Tras elaborar la lista con todas las posibilidades, se acuerda la realización de una o dos actividades, implicando a otras personas, si es posible. [La ampliación del esquema de autoevaluación tiene implicaciones sobre el perfeccionismo y la autoestima. El perfeccionismo se puede reducir si el paciente logra que su autovalía sea menos dependiente de los logros en un solo ámbito. A su vez, cuando comienza a considerar otras áreas para valorarse a sí mismo, la autoestima se ve fortalecida, porque deja de depender sólo del aspecto físico.](#)

El siguiente paso es abordar los rituales de comprobación corporal (pesarse, mirarse al espejo con frecuencia, medirse partes del cuerpo, etc.) y las conductas de evitación (vestir de negro, evitar ropa ajustada, evitar mirarse en los espejos o pesarse, etc.).

En muchos casos, las conductas de comprobación se realizan de manera automática, por ello se pide al paciente que las anote en una nueva columna del autorregistro y que reflexione sobre lo que está tratando de averiguar, las consecuencias adversas y las posibles alternativas más apropiadas. También se diferencia entre formas de comprobación corporal inusuales (que es mejor detener) y normativas (que necesitan ser ajustadas). En este último grupo se incluye el uso de los espejos: el paciente debe aprender a usarlos para conductas adaptativas y cotidianas, en lugar de centrarse en los aspectos que menos le agradan. También se deben ajustar las conductas de comparación, ya que suelen estar sesgadas (especialmente cuando se realizan con personas famosas), para que sea consciente de sus errores se le pide al paciente que, cuando vaya por la calle, se compare con la tercera persona que se encuentre de su mismo género y edad.

Por su parte, las conductas de evitación suelen desarrollarse a raíz de experiencias adversas derivadas de los rituales de comprobación corporal. Se emplea la exposición para

que el paciente realice, gradualmente, conductas de comprobación corporal normativas (evitando retornar a rituales perjudiciales).

Tanto los rituales de comprobación corporal como las conductas de evitación son, en muchos casos, manifestaciones comportamentales del perfeccionismo. Las personas con niveles altos de perfeccionismo tienden a realizar comportamientos encaminados a evitar el fracaso (comprobación repetida, minuciosidad excesiva), para intervenir sobre ellos se utiliza, primero, el *role-playing* y, posteriormente, la exposición y los experimentos conductuales.

A continuación, se trata la sensación de “sentirse gordo/a”, sensación que los pacientes sueñen equiparar con tener sobrepeso, lo cual perpetúa la insatisfacción corporal. Esta sensación es fluctuante e independiente de la estabilidad en el peso. Es necesario analizar en qué consiste exactamente, bajo qué circunstancias ocurre y qué sensaciones fisiológicas le acompañan. Sus desencadenantes más frecuentes son ciertos estados emocionales negativos (aburrimiento, soledad o tristeza) o sensaciones físicas normales (sentir saciedad después de comer, notar la ropa ajustada o tener calor). Se entrena al paciente para que reflexione acerca de lo que está sintiendo y aplique la técnica de solución de problemas para abordar sus desencadenantes. Si el paciente presenta alexitimia, es necesario enfatizar el trabajo de identificación y reconocimiento de emociones. A su vez, el entrenamiento en técnicas de solución de problemas es una herramienta útil para comenzar a trabajar la intolerancia emocional.

El último paso de este bloque se centra en el trabajo cognitivo. El núcleo psicopatológico de los TCA se puede considerar un sistema de creencias que actúa filtrando la información externa e interna, y produce sesgos interpretativos que conducen a la realización de conductas inadecuadas. Por tanto, es fundamental que el paciente aprenda a identificar, cuestionar y modificar sus pensamientos y creencias distorsionadas (reestructuración cognitiva). La reestructuración cognitiva también se usa para modificar los pensamientos perfeccionistas, tratando de sustituir la autocrítica por una respuesta más tolerante y respetuosa ante el fracaso y cambiando el modo de formular metas para que sean más realistas y menos exigentes.

B. Control sobre la alimentación y eliminación de las dietas.

En este bloque, el paciente comienza a retomar el control sobre su alimentación, hasta el momento en manos de sus padres. Para ello, resulta fundamental la información aportada

por los padres. La normalización también debería reflejarse en la recuperación ponderal y/o en la disminución de atracones y conductas encaminadas a perder peso. Los padres pueden mostrarse resistentes o ansiosos ante esta situación, por ello es importante recordarles que el objetivo final es que el paciente sea autónomo y se responsabilice de su alimentación.

Para facilitar este proceso y evitar el retorno a hábitos poco saludables, se aborda la realización de dietas. En primer lugar, se identifican las conductas restrictivas y las reglas dietéticas características de su alimentación anterior, para analizar su naturaleza y origen. Se proporciona educación al paciente sobre el papel de la dieta en el mantenimiento del núcleo psicopatológico y de otros síntomas y en la aparición de efectos adversos (dificultades atencionales, mayor ansiedad o afectación social).

Para la eliminación de "alimentos prohibidos", se jerarquizan según su grado de rechazo, clasificándolos en cuatro grupos de dificultad creciente. Cada semana, el paciente debe consumir, de manera planificada, alimentos de uno de los grupos, comenzando por los que generan menos temor (exposición). La introducción sistemática de alimentos prohibidos continúa hasta que el paciente no se sienta ansioso a la hora de comerlos.

También se trata la idea sobrevalorada de controlar la alimentación en todo momento por medio de experimentos conductuales en los que el paciente debe dejar de realizar ciertas conductas de comprobación (contar calorías) o romper sus reglas dietéticas. En este punto, es especialmente relevante intervenir sobre las reglas dietéticas que interfieren en las relaciones sociales, pues impiden al paciente comer con normalidad ante otros. [La ruptura de las reglas dietéticas y el abandono de la comprobación contribuye a disminuir la necesidad de control característica del perfeccionismo.](#)

[A medida que la alimentación es más regular y los síntomas van remitiendo, es importante comenzar a tener en cuenta si se producen cambios en la relación familiar asociados a las variaciones en el trastorno.](#)

C. Relación entre hábitos de alimentación y eventos externos y estados de ánimo.

En este bloque, se explica al paciente la influencia que pueden tener ciertos eventos externos o cambios anímicos en su alimentación. Algunos pacientes, principalmente los que tienen bajo peso, pueden dejar de comer o reducir su ingesta ante eventos que perciben como fuera de su control (como una forma de incrementar la sensación subjetiva de control) o para influir en otros (como forma de expresar malestar o ira); otros, pueden comer en exceso para darse una "recompensa" (más habitual en pacientes con sobrepeso) o experimentar un atracón (objetivo o subjetivo) en respuesta a eventos adversos que generan cambios anímicos (de este

modo, los atracones actúan como distractores de la situación adversa y como moduladores del malestar).

En este momento del tratamiento es habitual que se haya reducido la influencia de los eventos en la ingesta como resultado de la normalización alimentaria. Si persistiesen atracones residuales, se aplica la técnica del “análisis de atracones”, que intenta explicar el atracón en función del contexto (ruptura de reglas dietéticas, consumo de sustancias, alimentación restrictiva a lo largo del día o respuesta a un estado disfórico o evento externo). El objetivo de esta técnica es que el paciente interprete los atracones como acontecimientos aislados que se pueden evitar si se detectan a tiempo, a través del control de estímulos, de la realización de actividades alternativas e incompatibles con comer o de la solución de problemas. En definitiva, se trata de ayudar al paciente a mejorar el manejo de sus emociones, enseñándole a reconocer cómo el estado anímico influye sobre sus síntomas e instruyéndole sobre conductas alternativas más adecuadas.

D. Dificultades interpersonales.

En este bloque se interviene sobre los problemas interpersonales, empleando técnicas específicas a cada área problemática identificada (Tanofsky-Kraff y Wilfley, 2010).

El abordaje de los déficits interpersonales tiene como objetivo reducir el aislamiento del paciente y ayudarle a mejorar la calidad de sus relaciones interpersonales y establecer otras nuevas. Se identifican las dificultades para iniciar o mantener relaciones con otros y se le anima a determinar cuáles son sus necesidades y expectativas en las relaciones sociales y a reflexionar sobre los pasos necesarios para cumplirlas.

Cuando el problema tiene que ver con una transición de rol, es necesario elaborar el duelo por el rol perdido. Se analizan los aspectos positivos y negativos del rol viejo y del nuevo y se exploran los sentimientos asociados al cambio de rol. Asimismo, se entrena al paciente en estrategias de afrontamiento adecuadas que le permitan incrementar la percepción de control sobre ese nuevo rol y, con ello, restaurar su autoestima.

La intervención en conflictos relacionados con los roles interpersonales pasa por clarificar la naturaleza de la disputa, comprender los procesos que la mantienen y considerar la posibilidad de que cada una de las partes introduzca cambios (mejorando la comunicación y reconsiderando las expectativas) para, posteriormente, llevar a cabo acciones encaminadas a la resolución del conflicto.

Ante un duelo complicado, el objetivo es facilitar la elaboración del duelo y ayudar al paciente a identificar nuevas actividades y relaciones que le permitan superar la pérdida. La

descripción de las circunstancias que rodearon a la pérdida puede facilitar la expresión de los sentimientos asociados. Posteriormente, se le anima a construir nuevas relaciones e intereses que reorienten su futuro. En estos casos es importante contrarrestar la tendencia a la idealización, reconstruyendo la relación perdida con sus aspectos positivos y negativos.

Además de las estrategias específicas para cada área problemática, también existen técnicas terapéuticas generales que pueden contribuir a mejorar el funcionamiento interpersonal, como por ejemplo, analizar las relaciones entre los síntomas alimentarios y las dificultades sociales o utilizar la relación terapéutica como una oportunidad para proporcionar feedback al paciente respecto a sus dificultades en la interacción con otros (Tanofsky-Kraff y Wilfley, 2010). Si la intervención sobre las dificultades interpersonales es exitosa, probablemente la autoestima mejore, pues, como se ha indicado previamente, ésta suele verse dañada por los conflictos con otros.

4.4. Etapa IV

La última etapa del tratamiento abarca tres sesiones, una cada quince días. Los padres acuden con el paciente a una sesión, y en las otras dos el trabajo será individual. Los objetivos a conseguir son tres:

- a) Asegurar el mantenimiento de los cambios logrados, aplicando los cuestionarios ya señalados.
- b) Potenciar el establecimiento de relaciones familiares sanas (no basadas en el trastorno) y maximizar la autonomía del paciente. Conviene tener en cuenta que el TCA ha influido en las relaciones familiares, por eso los padres pueden interpretar ciertos comportamientos normales como un signo de recaída. El proceso inicial de externalización se sustituye por uno de “des-externalización”, para evitar confundir comportamientos y actitudes normales, que reflejan una búsqueda de autonomía, con las preocupaciones y conductas inadecuadas del TCA.
- c) Minimizar el riesgo de recaída a largo plazo. Para ello, hay que comprobar si las expectativas son realistas, pues muchos pacientes esperan no volver a experimentar dificultades relacionadas con la alimentación y ello puede hacerles más vulnerables ante cualquier conducta “problemática” (comer en exceso). Terapeuta y paciente desarrollan conjuntamente un plan para el mantenimiento de los cambios y el afrontamiento de ocasiones futuras en las que sienta que su alimentación es un problema. Si el paciente está preocupado por la finalización del tratamiento, se le

explica que lo habitual es que la mejoría continúe después de acabar la terapia. Por último, se recuerdan los riesgos de hacer dieta y se motiva al paciente para persistir en sus esfuerzos de seguir mejorando y para desarrollar nuevos intereses y aficiones.

4.5. Seguimiento

Se planifica la realización de tres sesiones de seguimiento (a los 3, 6 y 12 meses) en el año siguiente a finalizar la terapia, a las que acuden tanto el paciente como los [padres](#). En estas sesiones se evaluará de nuevo al paciente, se revisará el plan de mantenimiento a largo plazo (modificándolo si es preciso) y se discutirán y contextualizarán las posibles recaídas.

5. Limitaciones y directrices futuras de investigación

Antes de concluir, conviene señalar algunas limitaciones encontradas en la realización de este trabajo. Primero, no siempre se informa explícitamente de los criterios de selección de las muestras, y frecuentemente se estudian muestras de tamaño reducido lo que afecta a la representatividad de los resultados. Segundo, a pesar de que los TCA suelen iniciarse en la adolescencia, las muestras clínicas suelen estar formadas por adultos, que frecuentemente presentan un alto grado de cronicidad. Tercero, la falta de control de la comorbilidad y de la historia de tratamientos previos también pueden amenazar la validez de los resultados. Además, en lo que se refiere específicamente a la AN, es difícil separar las ganancias específicas de la terapia, de aquellas que se producen como consecuencia de la recuperación ponderal.

La investigación futura debería plantear diseños de tipo longitudinal que incluyeran la etapa adolescente para identificar de modo más fiable la validez del transdiagnóstico y contrastar la eficacia de la TCC-mejorada. Estos estudios podrían contribuir a determinar cuáles son las características y rasgos de personalidad que diferencian entre los pacientes que presentan distintos diagnósticos a lo largo del tiempo, y los que se mantienen estables en un mismo diagnóstico, contribuyendo así a refinar los protocolos de tratamiento.

6. Referencias bibliográficas

- Abebe, D. S., Lien, L., & von Soest, T. (2012). The development of bulimic symptoms from adolescence to young adulthood in females and males: A population-based longitudinal cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 45(6), 737-745.
- Agras, W. S., Walsh, B. T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57(5), 459-466.
- Aldao, A. (2012). Emotion regulation strategies as transdiagnostic processes: A closer look at the invariance of their form and function. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 261-277.
- Allan, S., & Goss, K. (2014). Eating disorder beliefs and behaviours across eating disorder diagnoses. *Eating Behaviors*, 15(1), 42-44.
- Altamirano, M. B., Vizmanos, B., & Unikel, C. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(5), 401-407.
- Ambwani, S., Slane, J. D., Thomas, K. M., Hopwood, C. J., & Grilo, C. M. (2014). Interpersonal dysfunction and affect-regulation difficulties in disordered eating among men and women. *Eating Behaviors*, 15(4), 550-554.
- American Psychiatric Association (2000). Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). *American Journal of Psychiatry*, 157 (Suppl. 1), 1-39.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd Ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ansell, E. B., Grilo, C. M., & White, M. A. (2012). Examining the interpersonal model of binge eating and loss of control over eating in women. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 43-50.
- Arcelus, J., Baggott, J., Whight, D., McGrain, L., Meadows, L., & Langham, C. (2011). Factores predictores del tratamiento de la bulimia nerviosa con Terapia Interpersonal. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 2(2), 62-70.
- Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C., & Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 156-167.

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 295-311.
- Birmingham, C. L., Touyz, S., & Harbottle, J. (2009). Are anorexia nervosa and bulimia nervosa separate disorders? Challenging the 'transdiagnostic' theory of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 17(1), 2-13
- Birmingham, L., Su, J., Hlynsky, J., Goldner, E. & Gao, M. (2005). The mortality rate from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38(2), 143-146.
- Brockmeyer, T., Holtforth, M. G., Bents, H., Kämmerer, A., Herzog, W., & Friederich, H. (2013). The thinner the better: Self-esteem and low body weight in anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(5), 394-400.
- Byrne, S. M., Fursland, A., Allen, K. L., & Watson, H. (2011). The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: An open trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 219-226.
- Carretero, A., Sánchez-Planell, L., Rusiñol, J., Raich, R. M., & Sánchez-Carracedo, D. (2009). Relevancia de factores de riesgo, psicopatología alimentaria, insatisfacción corporal y funcionamiento psicológico en pacientes con TCA. *Clínica y Salud*, 20(2), 145-157
- Celis, A., y Roca, E. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción psicológica*, 8(1), 21-33.
- Cervera, S., Lahortiga, F., Martínez-González, M. A., Gual, P., Irala-Estévez, J., & Alonso, Y. (2003). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 271-280.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2011). The evolution of “enhanced” cognitive behavior therapy for eating disorders: Learning from treatment nonresponse. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(3), 394-402.
- Cooper, Z., Allen, E., Bailey-Straebl, S., Basden, S., Murphy, R., O'Connor, M. E., & Fairburn, C. G. (2016). Predictors and moderators of response to enhanced cognitive behaviour therapy and interpersonal psychotherapy for the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 84, 9-13.

- Cova, F., & Rincón, P. P. (2010). Tensiones del modelo vigente de conceptualización de los trastornos mentales. *PRAXIS. Revista de Psicología*, 17, 11-22
- Dakanalis, A., Carrà, G., Calogero, R., Zanetti, M. A., Gaudio, S., Caccialanza, R.,... Clerici, M. (2014). Testing the cognitive-behavioural maintenance models across DSM-5 bulimic-type eating disorder diagnostic groups: A multi-centre study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 265(8), 663-676.
- Dakanalis, A., Timko, C. A., Clerici, M., Zanetti, M. A., & Riva, G. (2013). Comprehensive examination of the trans-diagnostic cognitive behavioral model of eating disorders in males. *Eating Behaviors*, 15(1), 63-67.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Doll, H. A., & Fairburn, C. G. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: An alternative to family therapy? *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), R9-R12.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., El Ghoch, M., Conti, M., & Fairburn, C. G. (2014). Inpatient cognitive behavior therapy for adolescents with anorexia nervosa: Immediate and longer-term effects. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 14.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Sartirana, M., & Fairburn, C. G. (2015). Transdiagnostic cognitive behaviour therapy for adolescents with an eating disorder who are not underweight. *Behaviour Research and Therapy*, 73, 79-82.
- De Berardis, D., Carano, A., Gambi, F., Campanella, D., Giannetti, P., Ceci, A.,... Ferro, F. M. (2007). Alexithymia and its relationships with body checking and body image in a non-clinical female sample. *Eating Behaviors*, 8(3), 296-304.
- Díaz, M. I. (2012). Anorexia y Bulimia. En Vallejo, M. A. (Ed.). *Manual de Terapia de Conducta. Tomo I*. (pp. 405-484). Madrid: Dykinson.
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2012). The transdiagnostic process of perfectionism. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 279-294.
- Eisler, I., Lock, J., & Le Grange, D. (2010). Family-Based Treatments for Adolescents with Anorexia Nervosa: Single-Family and Multifamily Approaches. En C. M., Grilo, & J. E. Mitchell, (Eds.). (2010). *The treatment of eating disorders: A clinical handbook*. (pp. 150-174). New York: Guilford Press.
- Elder, K. A., & Grilo, C. M. (2007). The Spanish language version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: comparison with the Spanish language version of the eating disorder examination and test-retest reliability. *Behaviour research and therapy*, 45(6), 1369-1377.

- Fairburn, C. G., & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): An example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, 43(6), 691-701.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-416.
- Fairburn, C. G., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., ... Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 70, 64-71.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Bohn, K., O'Connor, M. E., Doll, H. A., & Palmer, R. L. (2007). The severity and status of eating disorder NOS: Implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1705-1715.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M.,... & Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*. 166(3), 311-319.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Palmer, R. L., & Grave, R. D. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: A UK-Italy study. *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), R2-R8.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., & Wilson, G. T. (2008). Eating disorders: A transdiagnostic protocol. En D.H. Barlow (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders*. (pp. 578-614). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G., Marcus, M.D. y Wilson, G.T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. En C.G. Fairburn y G.T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 361-404). Nueva York: The Guilford Press.
- Franco-Paredes, K., Mancilla-Díaz, J. M., Vázquez-Arévalo, R., López-Aguilar, X., & Álvarez-Rayón, G. (2005). Perfectionism and eating disorders: A review of the literature. *European Eating Disorders Review*, 13(1), 61-70.
- Garner, D.M. & Barry, D. (2001). Treatment of eating disorders in adolescent. En C. Walker & M.C. Roberts (Eds.), *Handbook of Clinical Child Psychology* (3rd Ed.) (pp. 692-713). New York: John Wiley & Sons

- Ghaderi, A. (2006). Does individualization matter? A randomized trial of standardized (focused) versus individualized (broad) cognitive behavior therapy for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 44(2), 273-288.
- Hart, L. M., Granillo, M. T., Jorm, A. F., & Paxton, S. J. (2011). Unmet need for treatment in the eating disorders: a systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clinical psychology review*, 31(5), 727-735.
- Hartmann, A., Zeeck, A., & Barrett, M. S. (2010). Interpersonal problems in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(7), 619-627.
- Hernández-Guzmán, L., del Palacio, A., Freyre, M., & Alcázar-Olán, R. (2011). La perspectiva dimensional de la psicopatología. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(2), 111-120.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L., (1991). Perfectionism in the Self and Social Contexts: Conceptualization, Assessment, and Association With Psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456-470.
- Hilbert, A., & Tuschen-Caffier, B. (2007). Maintenance of binge eating through negative mood: A naturalistic comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40(6), 521-530.
- Hoiles, K. J., Egan, S. J., & Kane, R. T. (2012). The validity of the transdiagnostic cognitive behavioural model of eating disorders in predicting dietary restraint. *Eating Behaviors*, 13(2), 123-126.
- Hurst, K., Read, S., & Holtham, T. (2015). Bulimia nervosa in adolescents: A new therapeutic frontier. *Journal of Family Therapy*. doi:10.1111/1467-6427.12095
- Jáuregui-Lobera, I., & Bolaños-Ríos, P. (2012). Revisión del tratamiento dietético-nutricional de la anorexia nerviosa. *Revista médica de Chile*, 140(1), 98-107.
- Joyce, F., Watson, H. J., Egan, S. J., & Kane, R. T. (2012). Mediators between perfectionism and eating disorder psychopathology in a community sample. *Eating behaviors*, 13(4), 361-365.
- Kass, A. E., Kolko, R. P., & Wilfley, D. E. (2013). Psychological treatments for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 549-555.
- Lampard, A. M., Tasca, G. A., Balfour, L., & Bissada, H. (2013). An evaluation of the transdiagnostic cognitive-behavioural model of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 21(2), 99-107.

- Lemos, S. (2008). Clasificación y diagnóstico en psicopatología. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds). *Manual de psicopatología. Edición revisada (Vol.I)*. (pp. 93-118). Madrid: McGrawHill.
- Lethbridge, J., Watson, H. J., Egan, S. J., Street, H., & Nathan, P. R. (2011). The role of perfectionism, dichotomous thinking, shape and weight overvaluation, and conditional goal setting in eating disorders. *Eating behaviors*, 12(3), 200-206.
- Maia, B. R., Soares, M. J., Gomes, A., Marques, M., Pereira, A. T., Cabral, A.,... & Azevedo, M. H. (2009). Perfectionism in obsessive-compulsive and eating disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(4), 322-327.
- Malicki, S., & Ostaszewski, P. (2014). Experiential avoidance as a functional dimension of a transdiagnostic approach to psychopathology. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 23(2), 61-71.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6-19.
- Marsero, S., Ruggiero, G. M., Scarone, S., Bertelli, S., & Sassaroli, S. (2011). The relationship between alexithymia and maladaptive perfectionism in eating disorders: a mediation moderation analysis methodology. *Eating and Weight Disorders*, 16(3), e182-e187.
- McEvoy, P. M., Burgess, M. M., Page, A. C., Nathan, P., & Fursland, A. (2013). Interpersonal problems across anxiety, depression, and eating disorders: A transdiagnostic examination. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 129-147.
- McEvoy, P. M., Nathan, P., & Norton, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 20-33.
- McFarlane, T., Olmsted, M. P., & Trottier, K. (2008). Timing and prediction of relapse in a transdiagnostic eating disorder sample. *International Journal of Eating Disorders*, 41(7), 587-593.
- Moreno, M. A., & Ortiz, G. R. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia psicológica*, 27(2), 181-190.
- Moriana, J. A., & Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 81-100.

- Murphy, R., Straebl, S., Basden, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2012). Interpersonal psychotherapy for eating disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(2), 150-158.
- Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 611-627.
- National Institute for Clinical Excellence (2004). *Eating disorders-core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. NICE Clinical Guideline no.9. London: NICE.
- Pamies, L., & Quiles, Y. (2014). Perfeccionismo y factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en adolescentes españoles de ambos géneros. *Anales de psicología*, 30(2), 620-626.
- Perpiñá, C. (2008). Trastornos alimentarios. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología. Edición revisada (Vol.I)*. (pp. 403-421) Madrid: McGrawHill.
- Peterson, C. B., Becker, C. B., Treasure, J., Shafran, R., & Bryant-Waugh, R. (2016). The three-legged stool of evidence-based practice in eating disorder treatment: research, clinical, and patient perspectives. *BMC medicine*, 14(1), 69.
- Rutzstein, G., Scappatura, L., & Murawski, B. (2014). Perfectionism and low self-esteem across the continuum of eating disorders in adolescent girls from Buenos Aires. *Revista Mexicana De Trastornos Alimentarios*, 5(1), 39-49.
- Saldaña, C. (2005). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. En M., Pérez, J. R., Fernández-Hermida, C., Fernández-Rodríguez, & I., Amigo (Eds.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. (pp.141-160). Madrid: Pirámide.
- Sandín, B. (2014). El transdiagnóstico como nuevo enfoque en psicología clínica y psiquiatría. *Cuadernos De Medicina Psicosomática y Psiquiatría De Enlace*, (111), 9-13.
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203.
- Sassaroli, S., & Ruggiero, G. M. (2005). The role of stress in the association between low self-esteem, perfectionism, and worry, and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37(2), 135-141.

- Shafran, R., Coughtrey, A., & Kothari, R. (2016). New frontiers in the treatment of perfectionism. *International Journal of Cognitive Therapy*, 9(2), 156-170.
- Shafran, R., Lee, M., Payne, E., & Fairburn, C. G. (2006). The impact of manipulating personal standards on eating attitudes and behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 44(6), 897-906.
- Shanmugam, V., & Davies, B. (2015). Clinical perfectionism and eating psychopathology in athletes: The role of gender. *Personality and Individual Differences*, 74, 99-105.
- Shanmugam, V., Jowett, S., & Meyer, C. (2011). Application of the transdiagnostic cognitive-behavioral model of eating disorders to the athletic population. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 5(2), 166.
- Silverstone, P. H., & Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part I—The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of general hospital psychiatry*, 2, 2.
- Smink, F. R., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current psychiatry reports*, 14(4), 406-414.
- Stice, E., Ng, J., & Shaw, H. (2010). Risk factors and prodromal eating pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 518-525.
- Stoeber, J., & Yang, H. (2015). Physical appearance perfectionism explains variance in eating disorder symptoms above general perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 86, 303-307.
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(4), 547.
- Sysko, R., & Hildebrandt, T. (2011). Enhanced cognitive behavioural therapy for an adolescent with purging disorder: A case report. *European Eating Disorders Review*, 19(1), 37-45.
- Tanofsky-Kraff, M., & Wilfley, D. E. (2010). Interpersonal Psychotherapy for Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder. En C. M., Grilo, & J. E., Mitchell (Eds.). *The treatment of eating disorders: A clinical handbook*. (pp. 271-293). New York: Guilford Press.
- Tasca, G. A., Presniak, M. D., Demidenko, N., Balfour, L., Krynski, V., Trinneer, A., & Bissada, H. (2011). Testing a maintenance model for eating disorders in a sample seeking treatment at a tertiary care center: a structural equation modeling approach. *Comprehensive psychiatry*, 52(6), 678-687.

- Teixeira, M. D., Pereira, A. T., Marques, M. V., Saraiva, J. M., & Macedo, A. F. (2016). Eating behaviors, body image, perfectionism, and self-esteem in a sample of Portuguese girls. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 38, 135–140.
- Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina clínica*, 135(11), 507-511.
- Welch, E., Miller, J. L., Ghaderi, A., & Vaillancourt, T. (2009). Does perfectionism mediate or moderate the relation between body dissatisfaction and disordered eating attitudes and behaviors?. *Eating Behaviors*, 10(3), 168-175.
- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., & Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect?. *Eating Behaviors*, 8(2), 162-169.
- Widakowich, C. (2012). El enfoque dimensional vs. el enfoque categórico en psiquiatría: aspectos históricos y epistemológicos. *Alcmeon Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17(4), 365.
- Wilson, G. T., & Shafran, R. (2005). Eating disorders guidelines from NICE. *The Lancet*, 365(9453), 79-81.
- Witkowska, B. (2013). Perception of parental attitudes and the level of female adolescents' self-esteem affected with anorexia nervosa. *Psychiatria Polska*, 47(3), 397-407.

Anexos

1. Índice de figuras

El objetivo de los autorregistros es doble: conocer en detalle tu alimentación y hacerte consciente de qué es lo que estás haciendo en el momento en el que lo estás haciendo, para ayudarte a cambiar conductas que antes parecían automáticas y fuera de tu control.

El autorregistro preciso es el que se realiza a tiempo real y es central para el tratamiento. Te ayudará a cambiar.

Al principio, anotar todo aquello que comes puede parecerle irritante e incómodo, pero pronto se convertirá en algo más natural y de gran valor.

Considéralo como un desafío.

Cada día, debes comenzar una nueva hoja.

- La primera columna es para anotar la hora a la que comes o bebes algo y la segunda para apuntar el tipo de bebida o comida. Las calorías no deben apuntarse; en su lugar, deberás realizar una descripción (no técnica) de lo que comes o bebes. Cada alimento o bebida debe apuntarse lo más rápido posible después de haberlo consumido. Recordar lo que comes o bebes horas más tarde no funcionará, porque no te ayudará a cambiar tu conducta en el momento. Si vas a hacer los registros como se te pide, tendrás que llevar las hojas contigo.
- Los menús se identificarán poniéndolos entre paréntesis, los tentempiés y otros no irán entre paréntesis.
- La tercera columna sirve para anotar el lugar concreto en el que se consumió la comida o bebida.
- Los asteriscos de la cuarta columna se ponen si consideras (en ese momento) que la comida o bebida ingerida era excesiva. Es esencial que anotes toda la comida que ingieras durante los atracones.
- La quinta columna es para anotar si vomitas, tomas laxantes o diuréticos o realizas ejercicio físico excesivo.
- La última columna se usa de distintas maneras a lo largo del tratamiento. De momento, debes usarla como un registro diario de eventos y sentimientos que influyen en tu alimentación: por ejemplo, si una discusión precipitó un atracón o te llevó a no comer, debes apuntarlo. También puedes anotar otros eventos, aunque no influyan en tu alimentación. Esta columna también se usa para que registres tu peso, cada vez que te peses.

Cada sesión del tratamiento incluirá una revisión de tus hojas de autorregistro. Deberás recordar traerlas contigo.

Figura 3. Instrucciones para los autorregistros de alimentación (traducido y adaptado de Fairburn et al., 2008).

Día: ...miércoles...

Fecha: ...21 de marzo...

Hora	Comida y bebida consumida	Lugar	*	P	Contexto y comentarios
7:30	-Vaso de agua	Cocina			(53 kg. – realmente gruesa) Sedienta después de ayer
8:10	-Panecillo de pasas con canela -Crema de queso desnatado -Café negro	Cafetería	*		Debí haber tomado sólo medio panecillo. No debo tener un atracón hoy.
10:35	-Medio plátano -Café negro	Trabajo (escritorio)			Mejor – en el camino.
11:45	-Pavo ahumado y pan de trigo -Mayonesa light -Coca-cola light	Cafetería			Almuerzo normal.
6:40 a	-Trozo de pastel de manzana -1/2 helado	Cocina	*		Ayuda. No puedo parar de comer. Estoy completamente fuera de control. Me odio a mí misma.
7:30	-4 tostadas con mantequilla de cacahuete -Coca-cola light -Panecillo de pasas -2 tostadas con mantequilla de cacahuete -Mantequilla de cacahuete del bote -Panecillo de pasas -Coca-cola light grande		*	V	
9:30	-Pastel de arroz con queso desnatado -Coca-cola light	Cocina	*	V	Estoy disgustada. ¿Por qué hago esto? Empecé y no pude parar. He arruinado otro día. Realmente sola. Me siento gorda y nada atractiva. Siento como si me hubiese rendido.

Figura 4. Ejemplo de autorregistro (tomado de Fairburn et al., 2008).

2. Índice de tablas

Tabla 1. Investigaciones sobre los mecanismos transdiagnósticos en los TCA.

Autor/es (año)	Objetivo/s	Muestra	Instrumentos de evaluación	Resultados
Maia et al. (2009)	Comparar nivel de perfeccionismo en TCA y TOC con grupos control psiquiátricos y no clínicos.	24 pacientes con TCA	-Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS; Hewitt et al. 1991).	Pacientes con TCA obtienen puntuaciones superiores al grupo no clínico en las tres dimensiones de perfeccionismo , y al grupo control psiquiátrico en perfeccionismo prescrito socialmente .
Welch et al. (2009)	Explorar si el perfeccionismo media o modera entre la insatisfacción corporal y las actitudes y conductas alimentarias disfuncionales.	520 universitarias	-Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26; Garner y Garfinkel, 1979) -Subescalas de Insatisfacción Corporal y Perfeccionismo del Inventario de Trastornos Alimentarios-2 (EDI-2; Garner, 1991). -Escala de Atracón (Hawkins y Clement, 1980) -MPS (Hewitt et al., 1991).	Relación entre conductas alimentarias anómalas y perfeccionismo auto-orientado y prescrito socialmente . Perfeccionismo modera y media parcialmente la relación entre insatisfacción corporal y alteraciones alimentarias.
Franco-Paredes et al. (2005)	Revisar la relación entre TCA y perfeccionismo.			Niveles más elevados de perfeccionismo auto-orientado y prescrito socialmente en los TCA en comparación con controles sanos.
Pamies y Quiles (2014)	Evaluar la relación entre las conductas alimentarias de riesgo el perfeccionismo auto-orientado y el prescrito socialmente.	2142 adolescentes españoles de ambos sexos	-EAT-40 (Garner y Garfinkel, 1979). -Escala de Perfeccionismo en Niños y Adolescentes (CAPS; Flett et al., 1997).	Relación entre riesgo de desarrollo de TCA y perfeccionismo auto-orientado y prescrito socialmente en ambos sexos. El auto-orientado predice mejor los TCA.

Lethbridge et al. (2011)	Analizar el rol del perfeccionismo en la psicopatología alimentaria.	Mujeres con TCA (n=238), comparadas con un grupo control sano (n=248).	-Entrevista <i>Eating Disorder Examination</i> (EDE; Fairburn y Cooper, 1993). - <i>Eating Disorder Examination-Questionnaire</i> (EDE-Q; Fairburn y Beglin, 1994). -Subescala de Perfeccionismo del EDI (Garner et al., 1983).	Sólo la faceta de perfeccionismo auto-orientado se relaciona con la psicopatología alimentaria.
Shafran et al. (2006)	Analizar si la imposición de estándares personales elevados y la adherencia rígida a ellos se relaciona con más actitudes y conductas disfuncionales.	Mujeres sanas, en dos condiciones: altos (n=18) y bajos estándares personales (n=23).	-EDE-Q (Fairburn y Beglin, 1994). -Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck et al., 1996). -Cuestionario de Perfeccionismo Clínico (CPQ; Riley et al., 2007). -MPS (Hewitt et al., 1991). - <i>Visual Analogue Scales</i> (VAS).	Participantes de la condición de altos estándares personales consumieron menos calorías, hicieron más intentos por restringir la ingesta y sentían más remordimientos tras comer que las de la condición de bajos estándares personales.
Joyce et al. (2012)	Determinar el efecto mediador de la sobrevaloración del peso y la figura en la relación entre psicopatología alimentaria y perfeccionismo auto-orientado.	202 mujeres de la población general	-Subescala de Perfeccionismo del EDI (Garner et al., 1983). -EDE-Q (Fairburn y Beglin, 1994). -CGS-EDS (Watson et al., 2010).	La sobrevaloración del peso y la figura media en la relación entre perfeccionismo auto-orientado y conductas alimentarias alteradas.
Shanmugam y Davies (2015)	Analizar la relación entre perfeccionismo y psicopatología alimentaria en deportistas de ambos sexos.	Atletas varones (n=108) y mujeres (n=84).	-Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (FMPS; Frost et al., 1990). -Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS; Weissman y Beck, 1978). -CPQ (Riley et al., 2007). -EDE-Q 6.0 (Fairburn y Beglin, 2008).	La relación entre perfeccionismo auto-crítico y síntomas alimentarios sólo es significativa para mujeres deportistas.

Stoeber y Yang (2015)	Estudiar la relación entre síntomas de TCA y un aspecto del perfeccionismo denominado <i>Physical Appearance Perfectionism</i> .	Estudiantes universitarias de China (n=171) y Reino Unido (n=393).	<p>-Subescalas de Perfeccionismo, Tendencia a la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal del EDI (Garner et al., 1983).</p> <p>-Subescalas de Perfeccionismo socialmente prescrito y auto-orientado de la MPS (Hewitt et al., 1991).</p> <p>-Subescalas de Preocupación por los errores y Estándares personales del FMPS (Frost et al., 1990).</p> <p>-Subescalas de Restricción, Preocupación por la comida, Preocupación por el peso y Preocupación por la figura del EDE-Q (Fairburn y Beglin, 1994).</p> <p>-<i>College Student Perfectionism Scale</i> (Yang, et al., 2007).</p> <p>-<i>Physical Appearance Perfectionism Scale</i> (PAPS; Yang y Stoeber, 2012).</p>	La faceta de perfeccionismo denominada <i>Physical Appearance Perfectionism</i> se relaciona con síntomas de TCA en ambas muestras.
Silverstone y Salsali (2003)	Determinar la prevalencia y el grado de baja autoestima en TCA y otros trastornos psiquiátricos (depresivos, abuso de sustancias y otros).	957 pacientes con distintos trastornos psiquiátricos	<p>-<i>Janis and Field Social Adequacy Scale</i> (Janis y Field, 1959).</p> <p>-Escala de Autoestima de Rosenberg (1965).</p>	Pacientes con TCA tienen niveles más bajos de autoestima que los demás grupos psiquiátricos, incluidos los que presentan comorbilidad.
McFarlane et al. (2008)	Identificar los factores que predicen la recaída en los TCA.	85 pacientes con TCA (n=85).	<p>-<i>Shape and Weight Based Self-esteem Inventory</i> (Geller et al., 1998).</p> <p>-<i>Weight Influence of Self-esteem Questionnaire</i> (Trottier et al., 2007).</p> <p>-EDI (Garner et al., 1983)</p> <p>-BDI (Beck et al., 1961).</p> <p>-Escala de Autoestima de Rosenberg (1965).</p>	La autoestima compuesta por cogniciones desadaptativas relacionadas con el peso es un buen predictor de recaída.

Brockmeyer et al. (2013)	Examinar la relación entre peso corporal y baja autoestima en pacientes en fase aguda de AN y evaluar la persistencia de la baja autoestima tras la recuperación.	Pacientes con AN en fase aguda (n=18), pacientes recuperadas de AN (n=13) y grupo control (n=30).	-Escala de Autoestima de Rosenberg (1965). -Cuestionario de Salud en el Paciente-9 (PHQ-9; Kroenke y Spitzer, 2002). - <i>Incongruence Questionnaire</i> (Grosse et al., 2003).	La baja autoestima está presente durante la fase aguda de la AN y persiste tras la recuperación. En pacientes con AN, la autoestima y el peso mantienen una relación negativa.
Witkowska (2013)	Determinar la relación entre actitudes parentales y autoestima en AN y las diferencias en la percepción de actitudes de padres y madres.	Adolescentes mujeres con AN (n=30), en comparación con adolescentes sanas (n=30).	- <i>Parent-Child Relations Questionnaire</i> (PCR; Kowalski, 1983).	Pacientes con AN no perciben diferencias entre actitudes maternas y paternas, las madres se perciben como más exigentes y distantes y los padres como más "rechazantes". La autoestima se relaciona con la percepción de las actitudes parentales .
Cervera et al. (2003)	Examinar el rol del neuroticismo y la baja autoestima en los TCA.	Mujeres adolescentes (n=2743).	-Autoconcepto Forma A (Musitu et al., 1994). -Inventario de Personalidad de Eysenck (Eysenck y Eysenck, 1964). -EAT-40 (Garner y Garfinkel, 1979).	El neuroticismo y la baja autoestima están relacionados con los TCA, pudiendo ser causas y/o consecuencias de los mismos.
Moreno y Ortiz (2009)	Estudiar el rol de la autoestima, la imagen corporal y diversos factores sociodemográficos en los TCA.	Adolescentes de ambos sexos sanos (n=298).	-EAT-40 (Garner y Garfinkel, 1979). - <i>Body Shape Questionnaire</i> (BSQ; Cooper et al., 1987). -Cuestionario de Evaluación de la Autoestima para Alumnos de Enseñanza Secundaria (García, 1998).	Mayor riesgo de desarrollo de TCA en mujeres. Baja autoestima e insatisfacción corporal son factores de riesgo muy frecuentes en adolescentes de ambos sexos.

Altamirano et al. (2011)	Identificar relaciones entre IMC, autoestima e insatisfacción corporal en un continuo de conductas alimentarias de riesgo (CAR).	Mujeres adolescentes entre 15-19 años (n=1982).	-Escala de Autoestima (Pope et al., 1998). -Escala Análoga de Figuras Corporales (Stunkard et al., 1983). -Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR; Unikel et al., 2000).	Baja autoestima e insatisfacción corporal contribuyen a la varianza de CAR y ambas incrementan la fuerza con la que el IMC afecta a las CAR.
Sassaroli y Ruggiero (2005)	Investigar la relación entre baja autoestima, perfeccionismo, IMC y síntomas de TCA en situaciones estresantes.	Mujeres estudiantes de secundaria (n=145).	-FMPS (Frost et al., 1990). - <i>Self Liking and Competence Scale</i> (Tafarodi y Swann, 1995). -EDI (Garner et al., 1983).	Niveles altos de perfeccionismo pueden llevar a creer que un menor peso corporal compensa la baja autoestima .
Rutzstein et al. (2014)	Analizar y comparar actitudes hacia la alimentación en mujeres con TCA, con riesgo de TCA y sin riesgo de TCA.	Mujeres adolescentes entre 13 y 19 años (n=200).	-Entrevista diagnóstica semiestructurada basada en el EDE (Fairburn y Cooper, 1993). -EDI-3 (Garner, 2008). -Escala de Autoestima de Rosenberg (1965). - <i>Almost Perfect Scale Revised</i> (APS-R; Slaney et al., 1996).	Niveles de perfeccionismo y baja autoestima significativamente más altos en adolescentes con TCA.
Teixeira et al. (2016)	Analizar la relación entre conductas alimentarias, insatisfacción corporal autoestima y perfeccionismo.	Mujeres adolescentes portuguesas (n=575).	- <i>Children Eating Attitudes Test</i> (ChEAT; versión portuguesa de Teixeira et al., 2012). -Escala de Autoestima de Rosenberg (1965). - <i>Child and Adolescent Perfectionism Scale</i> (versión portuguesa de Bento et al., 2014). - <i>Contour Drawing Figure Rating Scale</i> (CDFRS; Thompson y Gray, 1995).	Conductas alimentarias disfuncionales se relacionan con perfeccionismo, baja autoestima e insatisfacción corporal.

Carretero et al. (2009)	Evaluar los factores de riesgo de los TCA, el funcionamiento psicológico y la insatisfacción con la figura en los TCA.	Pacientes con BN (n=29), TpA (n=6) y TCANE (n=38).	-EDI-2 (Garner, 1991). -Test de Bulimia de Edimburgo (BITE; Henderson y Freeman, 1987). -BSQ (Cooper et al., 1987).	Todos los grupos diagnósticos presentan dificultades en funcionamiento psicosocial .
Hartmann et al. (2010)	Investigar la presencia de problemas interpersonales en los TCA.	Pacientes con AN (purgativa y restrictiva) o BN (n=208).	- <i>Symptom Checklist-90</i> (SCL-90-R; Derogatis, 1977). -EDI (Garner et al., 1983). -Inventario Estructurado para los Síndromes Anoréxico y Bulímico (Fitcher et al., 1998). -Inventario de Problemas Interpersonales (IIP-32; Horowitz et al., 1988).	Niveles altos de malestar interpersonal en los TCA (déficit de asertividad y tendencia al estilo sumiso).
Arcelus et al. (2013)	Revisar la literatura relacionada con la asociación entre funcionamiento interpersonal y TCA.			Diferentes dificultades interpersonales en función del diagnóstico de TCA: la AN se relaciona con la evitación de la expresión emocional y con la anteposición de los sentimientos de otros sobre los propios; la BN se relaciona con desconfianza interpersonal y mayor frecuencia de interacciones negativas.
Arcelus et al. (2011)	Examinar la eficacia de la TIP en los TCA.	Pacientes con BN o TCANE (n=80).	-BDI (Beck et al., 1961). - <i>Clinical Eating Disorders Rating Instrument</i> (CEDRI, Palmer et al., 1987). -EDE-Q (Fairburn y Beglin, 1994). -Escala de Autoestima de Rosenberg (1965). -IIP-32 (Horowitz et al., 1988)..	Mejoría en el 70% de los pacientes; se beneficiaron más los que tenían más dificultades interpersonales y menos los que tenían baja autoestima y menor grado de problemas interpersonales.

Hilbert y Tuschen-Caffier (2007)	Explorar la relación entre estado de ánimo negativo y atracones.	Mujeres con BN (n=20), TpA (n=20), y sanas (n=20).	-EDE-Q (Fairburn y Beglin, 1994).	El estado de ánimo negativo precede a los atracones , y éstos no regulan el malestar emocional, sino que lo empeoran.
Whiteside et al. (2007)	Examinar si las dificultades en la regulación emocional, la restricción dietética y la sobrevaloración de la figura y el peso se asocian con los atracones.	695 estudiantes de ambos sexos	-Escala Diagnóstica de Trastornos Alimentarios (EDDS; Stice et al., 2000). -Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS; Gratz y Roemer, 2004).	Relación entre atracones y dificultades en la regulación emocional (especialmente el uso estrategias disfuncionales y la alexitimia).
De Berardis et al. (2007)	Analizar si la alexitimia, las conductas de comprobación corporal y la imagen corporal son factores de riesgo de TCA.	Mujeres universitarias (n=254).	-Escala de alexitimia de Toronto-20 (TAS-20; Taylor et al., 1994). -Body Checking Questionnaire (BCQ; Reas et al., 2002). -EAT-26 (Garner y Garfinkel, 1979). -BSQ (Cooper et al., 1987). -Interaction Anxiousness Scale (Leary, 1983). -Escala de Autoestima de Rosenberg (1965). -BDI (Beck et al., 1961).	La alexitimia se asocia con el riesgo de padecer un TCA, con la baja autoestima y con la insatisfacción corporal.
Marsero et al. (2011)	Estudiar la relación entre alexitimia y perfeccionismo desadaptativo en el desarrollo de los TCA.	Pacientes con TCA (n=49), en comparación con grupo control (n=49).	-Subescala de Preocupación por los errores de la FMPS (Frost et al., 1990). -Subescalas de Perfeccionismo, Tendencia a la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal del EDI (Garner et al., 1983). -TAS (Taylor et al., 1992).	La alexitimia precede al desarrollo del perfeccionismo , lo que podría representar un intento disfuncional para identificar y regular emociones.

Tabla 2. Resultados del enfoque transdiagnóstico en el tratamiento de los TCA.

Autor/es (año)	Objetivo/s	Muestra	Instrumentos de evaluación	Resultados
Tasca et al. (2011)	Poner a prueba el modelo transdiagnóstico.	Pacientes con AN, BN y TCANE (n=1451) (94% mujeres).	- <i>Personality Assessment Inventory</i> (PAI; Morey, 2007). -EDI-2 (Garner, 1991). -EDE-Q (Fairburn y Beglin, 1994).	La baja autoestima se relaciona directamente con el núcleo psicopatológico y media en la relación que mantiene éste con las dificultades interpersonales y la intolerancia emocional. El perfeccionismo se relaciona directamente con el núcleo psicopatológico en AN y TCANE, no en BN.
Lampard et al. (2013)	Determinar si las relaciones entre los mecanismos de mantenimiento y el núcleo psicopatológico de los TCA son transdiagnósticas.	Pacientes con AN, BN o TCANE (n=1451) (94% mujeres).	-EDE-Q (Fairburn y Beglin, 1994). -EDI-2 (Garner, 1991). -PAI (Morey, 2007).	La baja autoestima, la intolerancia emocional y la sobrevaloración del peso y la figura son procesos transdiagnósticos. El perfeccionismo auto-orientado no se relaciona con el núcleo psicopatológico ni con la restricción dietética en BN y la restricción dietética se asocia con atracones en BN y con dificultades interpersonales en TCANE.
Dakanalis et al. (2013)	Probar la validez del modelo transdiagnóstico en varones.	Estudiantes hombres (n=613).	-EDI-3 (Garner, 2008). -EDE-Q (Fairburn y Beglin, 1994). -BITE (Henderson y Freeman, 1987). - <i>Male Body Dissatisfaction Scale</i> (Dakanalis et al. 2013). - <i>Body Change Inventory</i> (Bastianelli et al., 2007). -Subescalas de Estándares personales, Preocupación por los errores y Dudas sobre la acción de la FMPS (Frost et al., 1990).	Relaciones directas entre dificultades interpersonales y baja autoestima; atracones y conductas compensatorias; y restricciones dietéticas e intolerancia emocional. Las restricciones dietéticas mantienen relaciones indirectas (mediadas por el núcleo psicopatológico) con perfeccionismo, baja autoestima e intolerancia emocional. Los atracones no se asocian con las restricciones.

Shanmugam et al. (2011)	Probar la validez del transdiagnóstico en atletas de ambos sexos, en distintos tipos de deporte y según nivel de rendimiento.	Deportistas varones y mujeres (n=588).	<p>-EDE-Q (Fairburn y Beglin, 1994).</p> <p>-<i>Sport-Specific Quality of Relationship Inventory</i> (Jowett, 2009).</p> <p>-<i>Experiences in Close Relationships</i> (ECR; Brennan et al., 1998).</p> <p>-Estándares personales de FMPS (Frost et al., 1990).</p> <p>-DAS (Weissman y Beck, 1978)</p> <p>-Escala de Autoestima de Rosenberg (1965).</p> <p>-SCL-90-R (Derogatis, 1977).</p>	El modelo transdiagnóstico puede explicar los TCA en atletas, a través de distintos tipos de deporte y niveles de rendimiento, pero se ajusta peor a los hombres deportistas que a las mujeres.
Hoiles et al. (2012)	Examinar el papel del núcleo psicopatológico y de los mecanismos transdiagnósticos en la predicción de la restricción dietética.	Muestra comunitaria de mujeres (n=224).	<p>-EDE-Q (Fairburn y Beglin, 1994).</p> <p>-CPQ (Riley et al., 2007).</p> <p>-Escala de Autoestima de Rosenberg (1965).</p> <p>-<i>Tolerance of Mood States Scale</i> (Allen et al., 2012).</p> <p>-<i>Social Adjustment Scale by Self Report</i> (SAS-SR; Weissman et al., 1978).</p>	Los cuatro mecanismos transdiagnósticos conducen a restricciones dietéticas por medio del núcleo psicopatológico.
Allan y Goss (2014)	Determinar si existen diferencias significativas en creencias y conductas diagnósticos de TCA.	Mujeres con AN, BN y TCANE grupos (n=136).	- <i>Stirling Eating Disorders Scale</i> (SEDS; Campbell et al., 2002).	Existen diferencias significativas en cuanto a cogniciones y conductas anoréxicas y bulímicas, pero no son clínicamente significativas dada su elevada prevalencia en todos los grupos diagnósticos.
Birmingham et al. (2009)	Determinar si AN y BN son trastornos diferentes o un único trastorno, con la aplicación de los criterios causales de Hill al modelo.			La teoría transdiagnóstica no cumple las condiciones para establecer una relación causal, puesto que sólo satisface 3 de los 9 criterios de Hill.

Tabla 3. Investigaciones sobre la TCC-mejorada

Autor/es (año)	Objetivo/s	Muestra	Instrumentos de evaluación	Resultados
Gadheri (2006)	Comparar la TCC original con una versión extendida semejante a la TCC-mejorada.	Pacientes con BN (n=50).	-EDE-Q (Fairburn y Beglin, 1994).	La versión extendida muestra superioridad en respuesta al tratamiento y recuperación en BN.
Fairburn et al. (2009)	Comparar la versión focalizada y extendida de la TCC-mejorada (al finalizar y tras seguimiento), determinar la influencia del diagnóstico en los resultados y explorar el impacto de los mecanismos de mantenimiento.	Pacientes con TCA e $IMC \geq 17.5$ (n=154).	-EDE-Q (Fairburn y Beglin, 1994). -Inventario Breve de Síntomas (BSI, Derogatis y Spencer, 1982).	Ambas versiones son eficaces, pero la extendida debería reservarse para los casos en los que los mecanismos de mantenimiento están claramente presentes. El diagnóstico de TCA no es relevante para los resultados.
Dakanalis et al. (2014)	Comparar la TCC original con la mejorada.	Pacientes con BN, TCANE tipo bulímico y TpA (n=679).	-Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID; First et al., 2008). -BDI-II (Beck et al., 1996.) -EDE (Fairburn y Cooper, 1993). -Escala de Atracón (Hawkins y Clement, 1980) -EDI-3 (Garner, 2008). -FMPS (Frost et al., 1990).	Tanto la TCC original como la mejorada tienen buenos resultados, pero la eficacia de la última parece mayor.
Dalle Grave et al. (2015)	Evaluar la eficacia de la TCC-mejorada en adolescentes con TCA sin bajo peso corporal.	Adolescentes con TCA e $IMC \geq 18.5$ (n=68).	-EDE-Q 6.0 (Fairburn y Beglin, 2008). -SCL-90-R (Derogatis, 1977)	El 75% de los pacientes completaron el tratamiento y mejoraron significativamente en sintomatología alimentaria y comórbida.

Byrne et al. (2011)	Examinar la eficacia de la versión extendida de la TCC-mejorada a través de diferentes diagnósticos de TCA.	Pacientes con AN, BN o TCANE (n=125).	-EDE-Q (Fairburn y Beglin, 1994). -Escala de Autoestima de Rosenberg (1965). -Perfeccionismo del EDI (Garner et al., 1983). -IIP-32 (Horowitz et al., 1988). - <i>Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire</i> (Endicott et al., 1993). - <i>Credibility/Expectancy Questionnaire</i> (Borkovec y Nau, 1972).	La TCC-mejorada es eficaz para todos los TCA, pero los pacientes con AN obtienen un menor beneficio.
Fairburn et al. (2013)	Investigar la validez de la TCC-mejorada en la AN.	Pacientes con AN de Reino Unido (n=50) e Italia (n=49).	-EDE (Fairburn y Cooper, 1993) -EDE-Q 6.0 (Fairburn y Beglin, 2008). -BSI (Derogatis y Spencer, 1982).	El 75% que completaron el tratamiento mejoraron significativamente en recuperación ponderal y sintomatología anoréxica y estos cambios se mantuvieron en el tiempo.
Dalle Grave et al. (2013)	Aplicar la TCC-mejorada en adolescentes con AN como alternativa a la FBT	Adolescentes con AN (n=49)	-EDE-Q 6.0 (Fairburn y Beglin, 2008). -SCL-90-R (Derogatis, 1977).	Dos tercios completaron el tratamiento y mostraron mejorías en peso y síntomas alimentarios, que se mantuvieron de forma estable en el tiempo.
Dalle Grave et al. (2014)	Investigar los efectos a corto y largo plazo de la TCC-mejorada en pacientes con AN en régimen hospitalario.	Adolescentes con AN hospitalizados (n=27).	-EDE (Fairburn y Cooper, 1993). -BSI (Derogatis y Spencer, 1982).	La TCC-mejorada parece eficaz para el tratamiento de la AN en régimen hospitalario, en cuanto a ganancia de peso y reducción de sintomatología anoréxica y síntomas asociados.
Sysko y Hildebrandt (2011)	Describir la eficacia de la versión extendida de la TCC-mejorada en un caso de TCANE con problemas interpersonales e intolerancia emocional.	Adolescente diagnosticada de TCANE (n=1).		La versión extendida parece apropiada para pacientes jóvenes con TCANE.

Fairburn et al. (2015)	Comparar los efectos de la TCC-mejorada con los de la TIP y replicar los resultados del estudio de Fairburn et al. (2009).	Pacientes con TCA sin bajo peso (n=130).	-EDE (Fairburn y Cooper, 1993). -EDE-Q 6.0 (Fairburn y Beglin, 2008). -SCID (First et al., 2008). -BDI (Beck et al., 1961).	Alcanzaron la remisión 2/3 de los pacientes que recibieron TCC-mejorada frente a un tercio de los que recibieron TIP. Existen diferencias temporales en los efectos de ambos tratamientos: la TCC-mejorada produce efectos más rápido que la TIP.
Cooper et al. (2016)	Examinar los predictores y moderadores hallados en la investigación de Fairburn et al. (2015).		-EDE (Fairburn y Cooper, 1993). -SCID (First et al., 2008). -BDI (Beck et al., 1961). -Escala de Autoestima de Rosenberg (1965). - <i>Social Adjustment Scale</i> (SAS; Weissman y Bothwell, 1976).	Para ambos tratamientos, los resultados empeoran con la cronicidad y/o mayores niveles de sobrevaloración de la figura. El diagnóstico específico de TCA no influye en la respuesta. Los pacientes con baja autoestima se benefician más de la TCC-mejorada que de la TIP.